

T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**DEĞİŞEN ECZACI ROLLERİ BAĞLAMINDA HASTALARIN
ECZACILIK HİZMETLERİ İLE İLGİLİ MEMNUNİYETLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Muazzez DEMİR

1630232150

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi Erdal EKE

ISPARTA-2018



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Öğrencinin Adı Soyadı	Muazzez DEMİR	
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi	
Tez Başlığı	Sağlık Reformları Sonrası Türk Sağlık Sektöründe Serbest Çalışan Eczanelerin Karşılaştıkları Sorunlar ve Çözüm Önerileri	
Yeni Tez Başlığı ¹ (Eğer değişmesi önerildi ise)	Değişen Eczacı Rollerini Bağlamında Hastaların Eczacılık Hizmetleri ile İlgili Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi	
Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavında Jürimiz 26/12/2018 tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Yüksek Lisans tezi için; ☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUĞU² ile aşağıdaki kararı almıştır. ☒ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez KABUL edilmiştir. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ³ kararlaştırılmıştır. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin REDDEDİLMESİ⁴ kararlaştırılmıştır.		
TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	İmza
Danışman	Dr. Öğr. Üyesi Erdal EKE/ Süleyman Demirel Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Ramazan ERDEM/ Süleyman Demirel Üniversitesi	
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Şükrü Anıl TOYGAR/Selçuk Üniversitesi	
Jüri Üyesi		
Jüri Üyesi		

¹ Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.

² OY ÇOKLUĞU ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.

³ DÜZELTME kararı için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır.

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM-ÖĞRETİM VE SINAV YÖNETMELİĞİ Madde 28-(4) Tezi hakkında DÜZELTME kararı verilen öğrenci sınav tarihinden itibaren en geç üç ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur.

⁴ Tezi REDDEDİLEN öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişkisi kesilir.



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Değişen Eczacı Rollerini Bağlamında Hastaların Eczacılık Hizmetleri İle İlgili Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.


Muazzez DEMİR
31/12/2018

ÖZET

Sağlık sektörünün bir paydaşı olan eczacılara, toplum sağlığını geliştirme, sağlık danışmanlığı ve bilinçli ilaç tüketiminin yaygınlaşması konularında kritik roller yüklenmiştir. Serbest eczaneler birinci basamak sağlık kuruluşuna ve serbest eczacılar da sağlık danışmanlarına dönüşmüşlerdir. Hastaların, eczacıları danışman olarak kabul etmeleri için de öncelikle eczacılara ve bilgilerine güven duymaları sağlanmalıdır. Bunun için eczacı-hasta iletişiminin daha güçlü hale getirilmesi ve hasta memnuniyetinin sağlanması önemlidir. Hasta memnuniyeti, hastaların sağlık hizmeti sunucularından aldığı hizmetin kalitesini değerlendirmesi açısından önem arz etmektedir. Hasta memnuniyeti değerlendirmesi sonucunda hizmet sunucusu için dikkat edilmesi gereken noktalar ortaya konulmakta ve daha iyi hizmet sunumu için geliştirici parametreler tespit edilebilmektedir. Hasta memnuniyeti hakkında elde edilen bilgiler, sağlık hizmetlerinin tasarımı ve yönetiminde hizmet sunucularına ve politika yapıcılara yol göstermesi açısından da değerlidir.

Bu çalışmada bireylerin serbest eczanelere, eczacılara ve eczacılık hizmetlerine dair algıları değerlendirilmiştir. Ayrıca bireylerin eczacılık hizmetinden memnuniyetleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Araştırma evrenini Isparta il merkezinde yaşayan 18 yaş üzeri bireyler oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında 411 anket analize alınmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, araştırmacı tarafından geliştirilen “Eczacılık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi Anketi” kullanılmıştır. Anket faktör analizine tabi tutulmuş, bireylerin eczacılık hizmetlerine ilişkin algı ve memnuniyetleri üç boyutta ele alınmıştır. Danışmanlık rolü, fiziki şartlar-iletişim ve ilaç kullanımı bilgilendirme olmak üzere bu üç boyut, toplam varyansın %60,863’ünü açıklamaktadır. Boyutların demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğinin tespiti için T-testi ve Anova analizleri yapılmıştır. Gruplar arasında fark tespit edildiği durumlarda ise farkın kaynağını anlayabilmek amacıyla Post-Hoc testlerinden “Tukey’s-b testi” kullanılmıştır. Anketin ikinci bölümündeki çoktan seçmeli sorulara frekans analizi uygulanmıştır.

Araştırma sonucunda bireylerin ortalama ayda bir kez eczaneye gittikleri tespit edilmiştir. Bireylerin eczacıların danışmanlıklarından (2,928) orta derecede, eczanenin fiziki şartlarından ve eczacı ile olan iletişim boyutundan (3,929) iyi düzeyde ve ilaç kullanımı bilgilendirme boyutundan (4,092) iyi düzeyde memnun oldukları sonucuna varılmıştır. Buradan eczanelerin fiziki şartlarının iyi olduğu, hastalarla iletişim noktasında hastaları memnun ettikleri ve ilaç kullanımı hakkında bilgilendirme yaptıkları tespit edilmiştir. Eczacıların klasik görevlerini yerine getirdikleri ancak değişen eczacılık rollerini henüz tam olarak yerine getirmedikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin eczacıları genel olarak ilaç satıcısı; eczaneleri de ilaç satılan yerler olarak tanımladıkları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Eczacı, Eczane, Eczacılık hizmetleri, Danışmanlık, Hasta, Hasta memnuniyeti

ABSTRACT

Pharmacists, who are a stakeholder of the health sector, have been given critical roles in improving community health, health counseling and rational drug consumption. Community pharmacies have transformed into primary health care organizations and community pharmacists into health counselors. To accept pharmacists as consultants, patients should be confident in pharmacists and their information. For this, it is important to make pharmacist-patient communication stronger and create patient satisfaction. Patient satisfaction is important in terms of evaluating the quality of the services that patients receive from health service providers. As a result of the patient satisfaction assessment the points to be considered for the service providers can be identified and developer parameters can be determined for better service delivery. Information on patient satisfaction is also valuable in guiding service providers and policy-makers in the design and management of health services.

In this study, the perceptions of individuals about community pharmacies, pharmacists and pharmacy services were evaluated. In addition, the satisfaction of individuals was tried to be determined about pharmacy service. The universe of the research consists of individuals over the age of 18 living in the city center of Isparta. 411 questionnaires were included in the analysis. In the study, the Pharmacy Services Evaluation Questionnaire developed by the researcher was used as data collection tool. The questionnaire was subjected to factor analysis and the perceptions and satisfaction of individuals about pharmacy services were discussed in three dimensions. These three dimensions, including the role of counseling, physical conditions-communication and drug use information , explain 60,863% of the total variance. T-test and Anova analysis were performed to determine whether the dimensions differed according to demographic variables. In cases where there is a difference between the groups, "Tukey's-b test", one of the Post-Hoc tests, was used to understand the reason of the difference. In the second part of the questionnaire, frequency analysis was applied to multiple choice questions.

At the end of the research, it was determined that the individuals went to the pharmacy once a month. Although individuals were partially satisfied with the counseling roles of pharmacists (2,928), they were found to be highly satisfied with the physical conditions of the pharmacist and the dimension of the contact with the pharmacy (3,929) and dimension of drug use information (4,092). It is determined that pharmacies have good physical conditions, pharmacists satisfy patients at the point of communication and inform people about drug use. In addition, it was determined pharmacists fulfill their classical duties but have not yet fully fulfilled their changing pharmacy roles. It has been concluded that individuals define pharmacists as drug sellers and pharmacies as drug selling places.

Keywords: Pharmacist, Pharmacy, Pharmaceutical services, Counseling, Patient, Patient satisfaction

İÇİNDEKİLER

TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI	i
YEMİN METNİ.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
KISALTMALAR	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x
ÖNSÖZ	xi
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

İLAÇ

1.1 İLAÇ ENDÜSTRİSİ	3
1.1.1 İlaç ve İlaç İle İlgili Kavramlar	3
1.1.2. İlaç Endüstrisi.....	6
1.1.2.1. Dünya İlaç Endüstrisi Tarihçesi	7
1.1.2.2. Türkiye İlaç Endüstrisi Tarihçesi	13
1.1.2.2.1. Osmanlı Döneminde İlaç Sanayi (1833-1928).....	14
1.1.2.2.2. Cumhuriyet Dönemi İlaç Sanayi (1928-1954).....	16
1.1.2.2.3. Modern Tesisler (Fabrikasyon) Dönemi (1954-)	17
1.1.3. İlaç Sektöründe Küresel ve Ulusal Paydaşlar	21

İKİNCİ BÖLÜM

ECZACILIK VE HASTA MEMNUNİYETİ

2.1. ECZACILIK.....	25
2.1.1. Eczacılık İle İlgili Temel Kavramlar.....	25
2.1.2. Eczacılığın Kökeni	27
2.1.3. Değişen Eczacılık Hizmetleri ve Eczacının Dönüşen Rolü	29
2.1.3.1. Ampirik-Galenik Dönem (- 1940)	29
2.1.3.2. Bilimselleşme ve Sanayileşme Dönemi (1940 - 1970).....	30
2.1.3.3. Hastaya Yönelik Hizmetler Dönemi (1970 -)	31
2.1.4. Sağlık Sisteminde Eczanelerin Yeri.....	33

2.1.5. Sağlık Hizmeti Sunumunda Eczacıların Sorumlulukları	34
2.1.6. Türkiye’de Eczacı ve Eczacılık.....	37
2.1.6.1. Osmanlı Döneminde Eczacı ve Eczacılık Hizmetleri	37
2.1.6.2. Cumhuriyetten Günümüze Eczacı ve Eczacılık Hizmetleri.....	40
2.1.6.3. Türkiye’de Eczacılığa Dair Genel Bilgiler	45
2.2.HASTA MENUNİYETİ	52
2.2.1. Hasta ve Müşteri Kavramları	52
2.2.2. Memnuniyet Kavramı	53
2.2.3. Hasta Memnuniyeti	54

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ECZACILIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

3.1. GEREÇ VE YÖNTEM	60
3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	60
3.1.2. Problem Cümlesi.....	61
3.1.3. Varsayımlar	61
3.1.4. Araştırmanın Kısıtları.....	61
3.1.5. Evren ve Örneklem	61
3.1.6. Veri Toplama Aracı.....	62
3.1.7. Analiz ve Yöntem	63
3.1.8. Çalışmanın Hipotezleri	63
3.2. BULGULAR.....	64
3.2.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri	64
3.2.2. Katılımcıların Eczacılık Hizmetlerinden Memnuniyetlerine İlişkin Bulgular	65
3.2.3. Faktör Analizi Sonuçları	67
3.2.4. Boyutların Psikometrik Özellikleri	69
3.2.5. Boyutların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	71
3.2.5.1. Danışmanlık Rolü Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	71
3.2.5.2. Fiziki Şartlar ve İletişim Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	73
3.2.5.3. İlaç Kullanımı Bilgilendirme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	75

3.2.6. Ankete Katılan Bireylere Yönelik İfadeler	77
3.2.7. Hipotezlerin Değerlendirilmesi.....	82
3.3. TARTIŞMA	83
3.4. SONUÇ VE ÖNERİLER	87
KAYNAKÇA.....	92
EKLER.....	100
EK 1: ÖZGEÇMİŞ.....	100
EK 2: ARAŞTIRMADA KULLANILAN ANKET FORMU	101



KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACCP	: American College of Clinical Pharmacy
APhA	: American Pharmaceutical Association
Bağ-Kur	: Esnaf, Sanatkârlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu
BTC	: Behind The Counter
DB	: Dünya Bankası
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EMA	: European Medicines Agency
FIP	: International Pharmaceutical Federation
IMF	: International Monetary Fund
İEİS	: İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası
İSO	: İstanbul Sanayi Odası
KKTC	: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
MEB	: Milli Eğitim Bakanlığı
OTC	: Over The Counter
ÖSYM	: Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi
SB	: Sağlık Bakanlığı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TEB	: Türk Eczacıları Birliği
TİTCK	: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TOBB	: Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği
TÜFAM	: Türkiye Farmakovijilans Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	: World Health Organization

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Dünya İlaç Pazarı.....	12
Tablo 2: Osmanlı Döneminde Faaliyete Geçen İlaç Laboratuvarları	15
Tablo 3: Cumhuriyet Dönemi Laboratuvar ve İlaç Sayıları.....	17
Tablo 4: Cumhuriyetten Günümüze İlaç Firmaları Sayısı	19
Tablo 5: Türkiye’de Eczacılık Fakülteleri ve Kontenjanları.....	46
Tablo 6: Eczacılık Fakültesi Mezunlarının Çalışma Alanları	47
Tablo 7: Türkiye’de Eczane Sayısı ve Eczane Başına Düşün Nüfus Miktarı.....	48
Tablo 8: 2017 Yılındaki Mevcut Eczane Sayısı.....	50
Tablo 9: Katılımcıların Demografik Değerlere Göre Dağılımı.....	64
Tablo 10: Katılımcıların Eczacılık Hizmetlerinden Memnuniyet İle İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımı.....	65
Tablo 11: Eczacılık Hizmetlerinin Değerlendirilmesine İlişkin Faktör Analizi	68
Tablo 12: Boyutlarının Psikometrik Özellikleri.....	70
Tablo 13: Danışmanlık Rolü Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	71
Tablo 14: Fiziki Şartlar ve İletişim Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	73
Tablo 15: İlaç Kullanımı Bilgilendirme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması.....	75
Tablo 16: Eczanede İlgilenen Kişilere İlişkin Bulgular	77
Tablo 17: Katılımcıların Eczaneyi Tanımladıkları Yere İlişkin Bulgular.....	78
Tablo 18: Katılımcıların Eczacıyı Tanımlamak İçin Kullandıkları İfadeler	78
Tablo 19: Katılımcıların Sürekli Müşterisi Oldukları Eczaneye İlişkin Bulgular	79
Tablo 20: Eczaneye Gitme Amacına İlişkin Bulgular	79
Tablo 21: Eczane Seçimini Etkileyen Faktörler.....	80
Tablo 22: Katılımcıların Son 3 Ay İçinde Eczaneye Gitme Sıklığına Ait Bulgular	80
Tablo 23: Katılımcıların Son 3 Ay İçinde Ortalama Eczaneye Gitme Oranı.....	81
Tablo 24: Katılımcıların Eczanelerin Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu Oluşuna Dair Farkındalık Düzeyleri	81
Tablo 25: Hipotezlerin Kabul ve Red Durumları.....	82

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: İlaç Türleri.....	4
Şekil 2: Dünya İlaç Pazarı Yüzdeleri.....	11
Şekil 3: 2010-2014 Dünya İlaç Pazarına Tanıtılan Yeni İlaçların Satışı.....	13
Şekil 4: Türkiye İlaç Sektörü İhracat ve İthalat Değerleri.....	20
Şekil 5: Eczacıların Görev ve Sorumlulukları	43
Şekil 6: Türkiye’de Yıllara Göre Serbest Eczane Sayısı	49
Şekil 7: Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler.....	57



ÖNSÖZ

Yüksek lisans eğitimimin ilk gününden bu yana her an yanımda olan, eksikliklerimi gösterip bana tamamlama fırsatı veren, tezimin bütün aşamalarında her türlü desteği sağlayan danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Erdal EKE Hocam'a sonsuz teşekkür ediyorum.

Lisans eğitimimin ilk yıllarından beri yol göstericim olan, her türlü konuda yardımını ve zamanını esirgemeyen, fikirleri ile farklı perspektifler kazandıran, tıkanıp zaman birlikte çözüm üretmeye çalışan ya da yeni yollar sunan saygıdeğer Prof. Dr. Ramazan ERDEM Hocam'a tüm içtenliğimle teşekkür ediyorum.

Tez sürecinde her daim yanımda olan, zaman zaman yardım istediğim, bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım başta meslektaşım Dilek EV ve Kevser SEZER KORUCU olmak üzere Sayın Sağlık Yönetimi Bölümü hocalarıma ve değerli öğrencilerime katkılarından ve yardımlarından dolayı teşekkür ediyorum.

Hayatımdaki en değerli varlığım aileme, dualarını esirgemeyen canım annem Sacide DEMİR'e, bana her zaman güvenen babam M. Salih DEMİR'e, benim için elinden gelenin fazlasını yapan en büyük destekçim kardeşim Yunus DEMİR'e ve diğer kardeşlerime, aileden biri haline gelen yol arkadaşım Şerife ÇALIŞKAN'a candan teşekkür ediyorum.

“Hayatta en büyük mucize, küçükken iyi bir öğretmene rastlamaktır.” (Buket Uzuner) sözüne binaen yıllardır her anımda teşekkür ettiğim, sevgi ve saygıyla andığım ilkokul öğretmenim Nahide EKİNCİ'ye küçük bir kız çocuğunun elinden sevgiyle tutup bugünlere kadar bırakmadığı için sonsuz teşekkür ediyorum.

GİRİŞ

Sağlık hizmeti ihtiyacının doğmasıyla başlayan sağlık hizmeti alma süreci ilaç kullanma ile devam etmektedir. Genel olarak ilacın alınması ve tedavinin başlaması eczanelerde başlamaktadır. Sağlığın geri kazanılmasında önemli bir yere sahip olan ilacın doğru hastaya, doğru zamanda ve doğru dozda ulaşmasını sağlamak eczacıların görevleri arasında sayılmaktadır. Bu sebeple eczacıların, başlayan sağlık ihtiyacını karşılama sürecini tamamlama ve sağlık hizmeti sunma noktalarında önemli sorumlulukları vardır.

Sağlık hizmetinin giriş ve çıkış kapısı olarak nitelendirilen serbest eczaneler toplumun ilaç konusunda en bilgili uzmanları olarak kabul edilmektedirler. Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporuna göre eczacılar, sağlık kuruluşları ve toplum içinde sayıca fazla olup hasta refahını sağlamak adına hastanın daha kolay ulaşabilecekleri, sağlık konularında danışmanlık alabilecekleri, ilaç yönetimi ve bilgisi konusunda profesyonel kişilerdir(WHO, 1994: 4).

Eczanenin temel ürünü olan ilaç, tarihi gelişimi ile eczacılık mesleğini de etkilemiştir. İlaç, eczanelerde el üretimiyle yapılan eczalardan seri üretimle üretilen ve pazarlanan eczalara doğru bir süreç geçirmiştir. Bu gelişim eczacıyı “ilaç yapan” konumdan “ilaç satan” konuma doğru itmiştir (Baytop, 1995: 8; White and Latif, 2006: 1409). Ancak 1970’lere gelindiğinde, ilaçtaki sanayileşme ve gelişme ile üretilen daha güçlü kimyasal ilaçların yan etkilerine karşı insanların korunması gerektiği gündeme gelmiştir. Bunun için eczacılara hazır ilaçları doğru kullanımının sağlanması noktasında sorumluluk yüklenmiştir (WHO, 1994: 8).

Daha sonra eczacılık mesleği, klinik eczacılık ve farmasötik bakım anlayışları ile yeni bir boyut kazanmıştır. Eczacılar sadece ilaç sunan sağlık hizmeti sunucusu olmaktan çıkıp zamanla sağlığın korunması, geliştirilmesi ve rehabilite edilmesine kadar birçok düzeyde görev, sorumluluk ve işleve sahip hale gelmişlerdir (TEB, 2003: 1).

Eczacıların reçetelerin hazırlanması ve ilaçları hastalara ulaştırma rolleri, tavsiyede bulunmaya, ilaç tedavisini izlemeye, ilacın olumsuz yan etkilerini açıklamaya ve saptamaya, ilaç-besin veya ilaç-ilac etkileşimlerinden kaçınmaya kadar genişletilmiştir. Eczacılar artık halkın değişen ihtiyaçlarına, sağlık bakım hedeflerindeki ve sağlık hizmeti sunumdaki değişikliklere yanıt vermek için bu tür çeşitli rollere

sahiptir (Barber et al., 1994: 153). Bu rolleri danışmanlık rolü altında toplamamız mümkündür. Ayrıca eczacılara yönelik böyle bir bakış açısı eczacının sadece ilaç satıcısı olmadığını ve bir sağlık personeli olduğunu hatırlatacaktır (TEB, 2007b: 30).

Eczacılık hizmetlerinin değerlendirmesini yapabilecek gruplardan birisinin de hizmeti kullanan hastaların kendileri olduğu ifade edilebilir. Bireylerin değerlendirme yöntemi ise kullandıkları eczacılık hizmetlerinden duydukları memnuniyet ya da memnuniyetsizlik durumudur.

Bu çalışmanın yola çıkış noktası bireylerin eczacılara, eczanelere ve eczacılık hizmetlerine ilişkin algılarını değerlendirmek ve bireylerin eczacılık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerini tespit etmektir. Bu amaçlarla Isparta il merkezinde yaşayan bireylerle eczacılık hizmetlerine ilişkin algı ve memnuniyetlerini değerlendirmek için anket yapılması planlanmıştır. Yapılan literatür taramasında Türkiye’de eczacıların sundukları hizmeti genel olarak değerlendiren güncel bir çalışma ile karşılaşılması olmamıştır. Literatürdeki çalışmaların çoğunlukla klinik eczacılık eğitimi almış eczacılardan hizmet alan hastalar veya kronik hastalar üzerinde gerçekleştirilmiş olduğu tespit edilmiştir. Bu sebeplerden dolayı eczacılık hizmetlerine dair genel bir çerçeve oluşturması açısından çalışmanın değerli olduğu düşünülmektedir.

Çalışma üç bölüm olarak planlanmıştır. Çalışmanın ilk bölümünde eczacılık mesleğinin gelişiminin ve eczacılık hizmetlerindeki dönüşümün daha anlaşılır kılınması amacıyla ilaç ile ilgili kavramlara, dünyada ve Türkiye’de ilaç sektörünün tarihçesine yer verilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde eczacılık ve hasta memnuniyeti olmak üzere iki ana konu ele alınmıştır. İlk başlık altında eczacılık ile ilgili kavramlar, eczacının sağlık hizmeti sunumunda gerçekleştirmesi beklenen sorumlulukları, eczanenin sağlık sistemlerindeki yeri, sunulan eczacılık hizmetleri ve dönüşen eczacılık konuları işlenmiştir. Hasta memnuniyeti başlığı altında öncelikle hasta, müşteri ve memnuniyet kavramları açıklanmış, daha sonra sağlık hizmetlerinin değerlendirme ölçütlerinden olan hasta memnuniyeti ve eczacılık hizmetleri özelinde hasta memnuniyeti konuları incelenmiştir. Çalışmanın son bölümünde çalışmanın amacı, yöntemi, kısıtlılıkları, hipotezleri açıklanmıştır. Çalışmanın verileri SPSS 24.0 paket programında analiz edilmiş ve elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Son olarak araştırmanın bulguları tartışılmış, bulgular ışığında sonuçlar ortaya konmuş ve bu sonuçlara yönelik öneriler sunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

İLAÇ

Bu bölümde eczacılık ve eczacılık hizmetlerinin daha anlaşılır kılınması amacıyla eczanenin konusu olan ilaç ve ilaç ile ilgili kavramlar, dünyada ve Türkiye’de ilaç endüstrisinin tarihçesi ele alınacaktır.

1.1. İLAÇ ENDÜSTRİSİ

1.1.1. İlaç ve İlaç İle İlgili Kavramlar

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) tarafından ilaç “fizyolojik sistemleri ve patolojik durumları, kullananın yararına değiştirmek veya incelemek amacı ile kullanılan ürün” şeklinde tanımlanmaktadır.

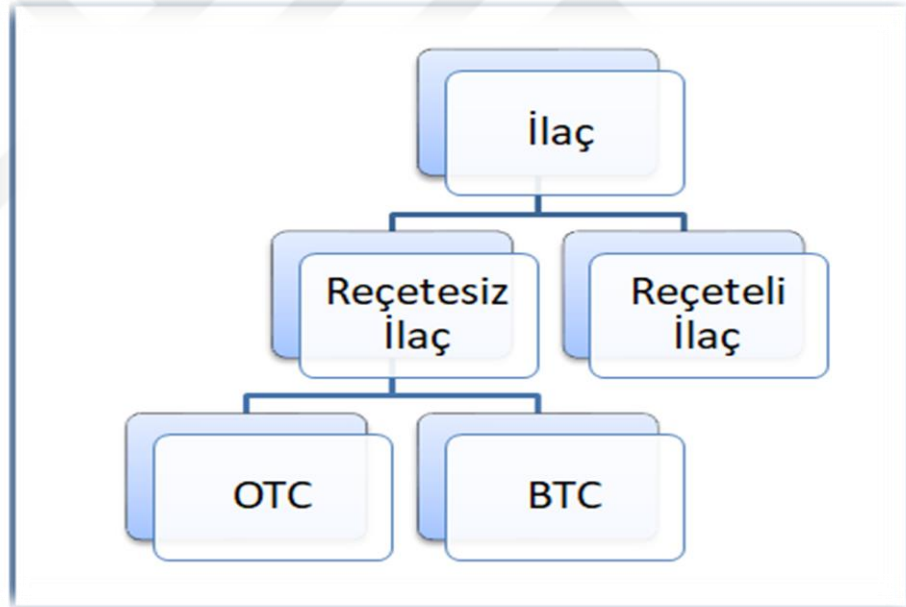
Türkiye’de 1928 tarihinde kabul edilmiş ve günümüzde halen yürürlükte olan 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu’nda ilaç “Kodekste muharrer şekil ve formül haricinde ve fenni kaidelere muvafık muayyen ve sabit bir şekilde yapılacak amilinin ismiyle veya hususi bir nam altında ticarete çıkarılan tababette müstamel her nevi basit ve mürekkep devai tertiplere ispençiyari (eczacı) ve tıbbi müstahzarlar”¹ olarak tanımlanmaktadır (1928: md.1). 1999 tarihli Ecza Depoları ve Ecza Depolarında Bulundurulanan Ürünler Hakkında Yönetmeliğe göre ise ilaç; “bir hastalığı tedavi etmek veya önlemek, hastalığın teşhisini koymak veya bir fizyolojik fonksiyonu düzenlemek veya değiştirmek maksadıyla insana ve hayvana uygulanan tabii veya sentetik kaynaklı etkin madde veya maddeler kombinasyonu”dur (1999: md. 4/k).

Başka bir tanımda ilaç; başta insan olmak üzere insan ve hayvanlarda fizyolojik fonksiyonların iyileştirilmesinde, patolojik durumların ve semptomların tespit edilmesinde, hastalıkları iyileştirmek, incelemek ve hastanın yararına değiştirmek amacıyla kullanılan, sadece eczanelerde tüketiciye sunulan, vazgeçilemez özelliği ve

¹ Günümüz Türkçesi ile: “kodekste yazılı şekil ve formüller dışında, bilimsel kurallara uygun olarak belirli ve sabit bir şekilde üretilen, üreticisinin adıyla veya özel bir isim altında piyasaya sürülen, tıpta kullanılan her türlü basit veya bileşik tedavi edici, eczacı tarafından hazırlanan ya da hazır ürünlere” ilaç denilmektedir.

toplumsal bir ürün olması sebebiyle denetim altında olan madde ve ürünlerdir (TEB, 2002: 23). Bu tanımlardan hareketle ilaç kavramının farklı şekillerde tanımlanabildiği ve kesin tek bir tanımın söz konusu olmadığı söylenebilir.

Bu tanımlardan yola çıkarak ilaç; hastalıkların teşhisini koyabilmek, hastalıkları önlemek ve tedavi etmek amacıyla kullanılan; belirli şekil, formül ve dozlarda hazırlanan; sanayinin ürettiği ya da bizzat eczacının hazırladığı şifa amaçlı kullanılan ürün olarak tanımlanabilir. İlaçlarla ilgili temel olarak bilinmesi gereken reçeteli ilaç, reçetesiz ilaç (OTC-BTC), majistral ilaç, ofisinal ilaç, müstahzar ilaç, orijinal ilaç, jenerik ilaç, biyolojik ürün kavramlarına değinmek kavramsal açıdan önem taşımaktadır. Bu bağlamda ilaç endüstrisinin ürünleri, reçeteli ve reçetesiz ilaç olmak üzere iki ana kategoriye ayrılmaktadır (Kırım, 1987: 159). Birçok ülkede reçeteli/reçetesiz ilaç ayrımı hasta güvenliği ve ekonomik açıdan tanımlanmakta (TEB, 2007a: 36, 52) ve bu doğrultuda politikalar belirlenmektedir.



Şekil 1: İlaç Türleri (**Kaynak:** Literatürdeki bilgiler ışığında oluşturulmuştur.)

Reçeteli ilaç, hekim tarafından reçete edilmek şartı ile sadece eczanelerden alınabilen ilaç grubudur. İlacın deva olmasının yanında zehir özelliği taşıması özelliğinden dolayı doğru ilacın belirlenmesi, kullanım şeklinin ve dozunun doğru ayarlanması ancak profesyonel sağlık çalışanlarının bilgi ve yönlendirmeleri ile mümkün olacağı düşünülmektedir. Bu noktada ilacın yazılmasında hekimlere ve hastaya ulaştırılmasında eczacılara görev verilmiştir (Özcan vd., 2009: 12). Bu grup ilaçlar genellikle geri ödeme listesinde yer alan ilaçlardır.

Reçetesiz ilaç, kendi içinde OTC ve BTC olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

OTC (Over The Counter-Tezgah Üstü Ürünler), hekim tavsiyesi ve reçetesine gerek duyulmadan eczanelerden veya marketlerden satın alınabilen basit rahatsızlıklar veya takviye ürünler olarak kullanılabilen ilaçlardır (Şeneldir, 2010: 223; Gülpınar ve Özçelikay, 2015: 268). Bu grup ilaçlar hem uygun görülen yerlerden temin edilebilen hem de eczaneden alınabilen ilaçlar olarak kabul edilmektedir. Ağrı kesici (analjezik), ateş düşürücü (antipiretik), burun tıkanıklığı gidericileri, vitamin ve mineral gibi destek ürünleri OTC grubundaki ilaçlar arasındadır (TEB, 2007a: 36).

BTC (Behind The Counter-Tezgah Arkası Ürünler), reçetesiz ilaç kategorisinde olmakla birlikte sadece eczanede eczacı danışmanlığında satılan ilaçlardır. Bu ilaçların satışı için kimi ülkelerde yaş sınırlaması veya kayıt zorunluluğu gibi şartlar bulunmaktadır. OTC'den farkı eczaneden alınma zorunluluğu ve ilaç güvenliği açısından eczacı gözetiminde verilmesidir (Özcan vd., 2009: 17; TEB, 2016: 117).

Reçeteli ve reçetesiz ilaç olmak üzere iki temel ilaç grubu dışında ilaçların hazırlanışı ve ruhsat durumuna göre de ilaç sınıflandırılmaktadır. Hazırlanma şekillerine göre ilaçlar müstahzar, majistral ve ofisinal ilaç olarak üç grupta sınıflandırılmaktadır:

Müstahzar (Spesiyaliter) İlaç, kodeksteki belirli şekil ve formlar dışında ilaç firmaları tarafından tıbbi ve teknik kurallara ve formüllere uygun üretilip özel ad ve ambalajla ticarete çıkarılan veya eczanelerde satışa sunulan hazır, fabrikasyon ilaçlardır (Baylav, 1968: 376; MEB, 2016: 5).

Majistral (Yapma) İlaç, doktorun hastaya özel olarak reçete ettiği formüle göre eczacının, istenilen etkin madde ve yardımcı maddeler ile formüldeki ölçüleri kullanarak hazırladığı ilaçlara verilen isimdir (Tuğcu Demiröz ve İlbasmış Tamer, 2015: 380; Ecza Depoları ve Ecza Depolarında Bulundurulan Ürünler Hakkında Yönetmelik, md. 4).

Ofisinal İlaç, her ülkenin farmakopesinde kayıtlı olan ve eczanelerde hazır olarak bulunan veya ihtiyaç halinde farmakopedeki formüle göre eczacı tarafından hazırlanan iyot tentürü gibi ilaçlardır (Tuğcu Demiröz ve İlbasmış Tamer, 2015: 380; MEB, 2016: 4).

Hazırlanışına göre ilaçlar üç grupta toplanırken ruhsat kategorisine göre ilaçlar orijinal ilaç ve eşdeğer ilaç olmak üzere iki grupta sınıflandırılmaktadır. Orijinal ve

eşdeğer ilaç ayırımı ilaç politikası hazırlanması ve uygulanmasında göz önünde bulundurulacak önemli bir faktördür.

Orijinal İlaç, uzun süreli ve yüksek yatırımlı AR-GE çalışmaları sonucunda elde edilen etken madde ve formülün belirli bir hastalık üzerinde etkili olduğunun kanıtlanması ile geliştirilme süreci tamamlanmış yeni ilaçlardır. Orijinal ilaç, dünyanın birçok yerinde uluslararası kuruluşların etkisiyle güçlü yasalarla ve patent koruma haklarıyla belirli bir süre koruma altına alınmakta ve bu zaman zarfında başka bir firmanın bu ilacın benzerini üretmesine izin verilmemektedir (Çalışkan, 2008: 55; Köse, 2016: 180; Kartal ve Konca, 2017: 255).

Eşdeğer İlaç, orijinal ilaçla aynı etken maddeleri içeren böylece orijinal ilaçla aynı özelliklere sahip ve aynı hastalık/hastalıkları tedavi etmek için aynı dozda kullanılan ilaçlardır. Ancak ilacın adı, görünümü (renk veya şekil gibi) ve ambalajı, referans aldığı orijinal ilaçtan farklı olabilir. Biyoeşdeğer olduğu bilimsel çalışmalarla kanıtlanan ilaçların, orijinal ilaçların patent süresi dolduktan sonra piyasaya sürülmelerine izin verilmektedir (Çalışkan, 2008: 55; EMA, 2012; Tuğcu Demiröz ve İlbasmış Tamer, 2015: 407; Kartal ve Konca, 2017: 255). Bir eşdeğer ilaç, referansıyla aynı etkinlik, kalite ve güvenilirlikte olması gerekmektedir (Url 1). Literatürde ve günlük hayatta eşdeğer ilaç yerine “muadil ilaç” veya “jenerik ilaç” kavramaları da kullanılmaktadır.

1.1.2. İlaç Endüstrisi

Bu başlıkta ilaç endüstrisi hakkında genel bir kavramsal çerçeve sunulduktan sonra dünyadaki ve Türkiye’deki ilaç endüstrisinin tarihçesi önemli dönemler ve gelişmeler bazında incelenecektir.

İlaç endüstrisi, beşeri ve veteriner hekimlikte tanı, tedavi, koruma ve beslenme amaçlı kullanılmak üzere kimyasal, bitkisel, hayvansal ve biyolojik madde veya hammaddeleri gelişmiş teknoloji aracılığıyla belirli doz ve formüllerde farmasötik şekillere dönüştüren, kullanıma hazır hale getiren ve pazarlayan endüstridir (Say, 1977: 5; ISO, 2004: 1).

İlaç endüstrisi imalat sanayinin kimya sektörü kapsamında sınıflandırılmaktadır. İlaç endüstrisi, ilaç aktif maddesi ve müstahzar ilaç üretimi olarak ikiye ayrılmaktadır.

İlaç aktif maddesi, ilacın asıl etken maddesinin üretimi iken müstahzar ilaç üretimi, etken maddenin şekil olarak ilaca dönüştürüldüğü ve pazarlanabilir hale getirildiği üretim olarak tanımlanmaktadır (Say, 1977: 5).

İlaç endüstrisi, insanlar için ilaç keşfeden, geliştiren, üreten ve satan şirketlerin toplamından oluşmaktadır. Sağlık sektörünün ilişkili olduğu ilaç endüstrisi beşeri ve veteriner hekimlikte tedavi edici, koruyucu, tanı amaçlı ve besleyici olarak kullanılan sentetik, bitkisel, hayvansal ve biyolojik kaynaklı kimyasal maddelerin farmasötik teknoloji aracılığı ile bilimsel standartlar ışığında seri olarak üreterek tedaviye sunan bir sanayi dalı olarak tanımlanmaktadır (DPT, 2001: 1; Ekonomi Bakanlığı, 2016: 1).

İlaç endüstrisi yüksek katma değeri, büyük ölçekte istihdam sağlaması, getirisi yüksek bir yatırım olması ve ihracat potansiyeliyle ülkelerin hedeflediği ve ihtiyaç duyduğu sanayi dönüşümünde kritik öneme sahiptir. Ekonomik açıdan kritik olan ilaç endüstrisi ayrıca sağlık açısından da kritik bir alandır. İlaç endüstrisi bireylerin tedavisinde, toplum sağlığının korunmasında ve geliştirilmesinde stratejik bir konumdadır (TOBB, 2008: 1; İEİS, 2017: 3).

1.1.2.1. Dünya İlaç Endüstrisi Tarihçesi

İnsanlığın varlığı kadar eski bir geçmişe sahip olan ilaç, bozulan sağlığın geri kazanılması, hastalıkların tedavisi veya hastalıklardan korunmak için çare arayışı olmuştur. Aynı zamanda ilaç tarih boyunca varlığını sürdürmüş şifa aracı olarak tanımlanmaktadır (Abacıoğlu, 2010: 23).

Tarih öncesi çağlarda insanların hayvanları gözlemleyerek ve deneme yanılma yoluyla bitkilerden ve bitkisel karışımlardan ağrılarına, hastalıklarına şifa buldukları düşünülmektedir. Bu dönemlerde herkesin kendine eczacılık yaptığı varsayımı kabul edilmektedir. Ayrıca bazı toplumlarda hastalıkların ilahi bir ceza olduğu inancı oluşmuştur. Bu çağlarda kimi hastalıklar için sihir ve büyü ile çareler aranmıştır (Baylav, 1968: 9-24; Sonnedecker, 1976: 3-5; Baytop, 1985: 5). Eski çağ uygarlıklarının hastalıklara karşı içgüdüye, büyüye ve dine dayalı deva ararken zamanla geliştirdikleri eczacılık ve ilaç bilgileri şu şekilde özetlenebilir:

Mezopotamya uygarlığında hastalıklara, insanların işledikleri günahların veya tanrıların öfkesinin neden olduğu kabul edilmiştir. Mezopotamya’da hastalıkların tedavisinde dua, sihir, büyü ve muska gibi dinsel kaynaklara başvurulmuştur. Rahip

hekimler hastaları büyü, iblisi kovma gibi yöntemlerle tedavi etmişlerdir (Demirhan Erdemir, 2015: 6; Özden, 2013: 32). Öte yandan Mezopotamya uygarlığında tedavi amaçlı kullanılan droglar² da mevcuttur. Bilinen en eski farmakope³ olarak kabul edilen Mezopotamya Farmakopesi'nde yaklaşık 250 bitkisel drog ve 120 kadar da madeni-hayvansal drog tanımlanmıştır. İlaçların hazırlanmasında su, alkollü içecekler, yağ, zeytinyağı, bal ve çeşitli sütlerden yararlanılmıştır (Sonnedecker, 1976: 5; Higby, 2006: 8; Demirhan Erdemir, 2015: 34).

Hitit tıbbında da hastalıklar tanrılar tarafından insanların cezalandırılması olarak yorumlanmış ve deva olarak yine tanrılarından yardım istenmiştir. Hastaları iyileştirmek ve salgın hastalıkları bitirmek için büyü yoluna başvurulmuştur. Dini çarelerin yanında Hitit tabletlerinde bitkisel ilaçların yazıldığı reçetelere rastlanılmıştır. Bu reçetelerde çeşitli bitki isimlerinin ve bitkisel drogların yazıldığı bilinmektedir (Demirhan Erdemir, 2015: 60-63).

Eski Mısır uygarlığında hastalıkların tedavisinde dini yaklaşım ve büyü temel rol oynamıştır. Derin bilgiye sahip ihtisaslaşmış hekimler ilaç tedavilerini dini uygulamalar eşliğinde sürdürmüşlerdir. Mısır tarihine ışık tutan papirüslerde 700'ün üzerinde drog ve 800'den fazla ilaç formülü yer almaktadır. Mısırlıların ilaç konusunda Mezopotamya uygarlığından etkilendiği düşünülmektedir (Nasuhioğlu, 1974: 13; Sonnedecker, 1976: 9).

Eski Hint uygarlığında da hastalıkların nedeni kötü ruhlar olarak yorumlanmış ve tedavi amaçlı ilaçlar olarak dini uygulamalardan yararlanılmıştır. Bunlar sihir, büyü, dua ve ruh çıkarma ile hastalıklardan kurtulmaya çalışmışlardır. Ayrıca bitkileri ayrı ayrı iyileştirici güç olarak tedavide kullanmışlardır (Özden, 2013: 9). Hint uygarlığının M.Ö. 1500'lü yıllara dayanan eserlerinde sihir, muska, dua gibi mistik tedaviden bahsedilirken M.Ö. 700'lü yıllara ait eserlerinde bitkisel droglara dair geniş bilgiler yer almaktadır. Hekimlerin tedavide kullandıkları ilaçları toz, yağ, tentür, şurup, macun vb. şekillerde hastalara verdikleri bilgisi bulunmaktadır (Demirhan Erdemir, 2015: 96, 103).

²Drog: İlaç yapılmasında kullanılan doğal veya sentetik kökenli, tedavi özelliği olan bütün ham maddelere verilen genel isimdir. Ayrıca bitkisel kaynaklı ham maddeler veya bitkilerin ilaç olarak kullanılan kısmı olarak da tanımlanır.

³Farmakope: İlaç üretiminde kullanılan etkin ve yardımcı maddelerin formüllerinin ve dozlarının yer aldığı, yasal ve bilimsel olarak uyulması gereken ulusal ve uluslararası kuralları ve yöntemleri içeren resmî bir kitaptır.

Eski Çin uygarlığında şeytani hastalıklara karşı bitkisel droglar ve büyü sözler ile tedavi yöntemleri kullanılmıştır. Eski Çin’de zamanla hastalıklar ve tedaviler konusunda büyük ilerlemeler yaşadıkları eserlerinden tespit edilmiştir. Bu dönemde hastalıklar ve hastalıklara özel bitkisel, hayvansal ve maddeni droglardan yararlanıldığı bilinmektedir (Özden, 2013: 10; Demirhan Erdemir, 2015:111).

Eski Yunan uygarlığında hekimlik ve tedaviye bakış Hipokrat’tan öncesi ve sonrası olarak ikiye ayrılmaktadır. Hipokrat’tan önceki dönemde hastalıklara mitolojik tanrıların öfkelerinin sebep olduğu düşünülmüş ve hastalıklar kahinler aracılığıyla dua, kurban kesme gibi yöntemlerle tedavi edilmiştir. Mistik tedavinin yanında bitkisel drogların da kullanıldığı bilinmektedir (Demirhan Erdemir, 2015: 174, 176, 181).

İlacın kökeni çok eski devirlere dayanmakla birlikte bu konuda kesin tek bir tarih söz konusu değildir. Kimi kaynaklarda M.Ö. 4000 yıllarında Sümerler’in ilaç hakkında bilgi sahibi olduklarına dair bilgiler varken kimi kaynaklarda ilk ilacın M.Ö. 1500 yıllarında Mısır’da kullanıldığı ifade edilmektedir.

Dünya medeniyetlerinde 1930’lu yıllara kadar az miktarda ilacın olduğu ve bunların bitkisel veya hayvansal kökenli madde ve karışımlar ile minerallerden oluşan deva-i maddeler oldukları bilinmektedir (Turan, 2007: 13; Abacıoğlu, 2010: 24). Doğa kökenli bu karışımlar bilinen bazı hastalıkların tedavisinde, belirtilerinin giderilmesinde, uykuyu kolaylaştırmada ve ağrı kesici olarak kullanılan sentetik olmayan ilaçlardır. Günümüz modern ilaç sanayisinin başlangıcı ise 1930’lu yıllarda sentetik kökenli ilaçların bulunması olarak kabul edilmektedir (Kırım, 1987: 148; Şahin, 2005: 32).

1930’lu yıllarda “sülfanilamid” denilen kimyasal maddenin ilaçta etken madde olarak kullanılabileceğinin keşfiyle sentetik kökenli ilaç üretimi için araştırmalar başlamıştır. 1935 yılında ilk sülf ilaçların piyasaya çıkmasıyla ilaçta “terapötik devrim” adı verilen döneme girilmiştir. Böylece sentetik kökenli ilaç üretimiyle birlikte sanayileşme adına ilk önemli adım atılmıştır (Kırım, 1987: 148; Şahin, 2005: 32). Bu süreçle birlikte tarih boyunca bitkisel veya hayvansal kökenli madde ve karışımlar olarak hazırlanan ilaçlara kimyasal etken maddelerle hazırlanan sentetik ilaçlar dahil olmuş denilebilir.

Sülfanilamidlerin keşfi sonrasında da ilaçların (sentetik kökenli) üretimi araştırmacı bireyler tarafından kendi küçük laboratuvarlarında gerçekleştirilmiştir.

Ancak İkinci Dünya Savaşı (1939-1945) sürecinde enfeksiyonun sebep olduğu hastalıklardan kaynaklanan toplu kırılmalar ve savaş alanında yaralanan askerlerin tedavisi için büyük miktarlarda üretilebilen ve de anti-bakteriyel özellikte olan ilaçlara gereksinim duyulmuştur. ABD hükümetinin destekleri ile seri üretilmesi için araştırma-geliştirme çalışmaları başlatılmıştır. Savaş esnasında (1939) ilk penisilinin seri üretimi gerçekleştirilmiş ve tüketilmeye başlanmıştır (Kırım, 1987: 149). Böylece ilaç araştırmaları ve üretimi bireysellikten çıkmış ve seri üretim ile birlikte sanayileşme süreci başlamıştır.

Penisilinin üretiminden sonra eczacıların eczane laboratuvarlarında hazırladıkları ilaçlar sanayi yapımı hazır ilaçlara dönüşmüş; eczacılığın asıl işi olarak görülen hastanın kullanabileceği formda ilaç hazırlama işlemi ilaç firmalarına geçmiştir (Kırım, 1987: 150). Eczacılık mesleğinin, asli görevi olan ilaç hazırlama (majistral ilaçlar) fonksiyonunu kaybetmesi, eczacılığın görev ve sorumlulukları konusunda oluşan dönüşüm üzerindeki etkileri ikinci bölümde detaylandırılacaktır.

Dünya ilaç endüstrisine yön veren üçüncü büyük adım antibiyotiğin keşfi ve bu ilacın bizzat üretici firma tarafından pazarlanması olarak kabul edilmektedir. 1949 yılına kadar ilacı üretme ile satışa hazır hale getirme işi (kapsül, draje, enjeksiyon haline getirip ambalajlama) farklı iki firma tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu ayrı iki fonksiyon 1950 yılının başlarında birleştirilmiş ve ilaç firmaları bünyelerinde kurdukları satış ve pazarlama kadroları aracılığıyla doğrudan hekimlere ilaçları pazarlamaya başlamışlardır (Davies, 1967: 6; Kırım, 1987: 150). Böylece pazarlama fonksiyonu da üretici firma tarafından gerçekleştirilmeye başlamıştır.

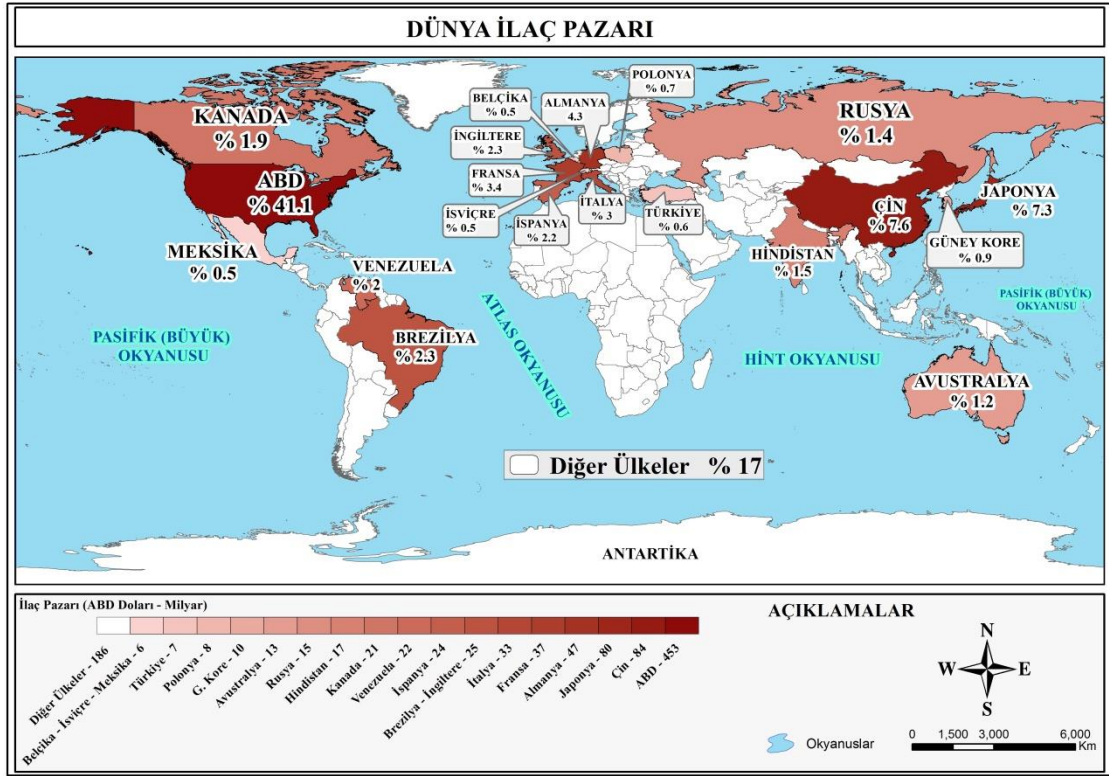
Pfizer tarafından gerçekleştirilen diğer bir yenilik ise ‘kimyasal isim’ yerine ‘marka isimler’ ile piyasaya ilaç sürmek olmuştur. Böylece modern ilaç endüstrisinin elinde tuttuğu önemli bir koz olan ve pazarlama stratejisi olan reçetelerde marka isim yazma dönemi başlamıştır (Kırım, 1987: 151). Bu gelişme ilaç reçetelerinde kimyasal isim (etken madde) yazılması tartışmalarına sebep olmuştur ve halen günümüzde bu tartışma devam etmektedir.

Literatür incelendiğinde, ilaç endüstrisinin gelişme ve büyüme sürecine etki eden gelişmeler üç ilaç grubunun keşfi ve keşiflerle birlikte adım adım teknolojinin ilaç üretiminde kullanılması olarak sıralanmaktadır. Bunlar; ilk sentetik ilaçların üretilmesi, büyük miktarlarda üretme tekniklerinin bulunması ve daha sonra ilaç firmalarının ilacı

pazarlamaya başlaması olarak kısaca özetlenebilir. Bu önemli gelişmelere Dünya İlaç Endüstrisi için önemli bir diğer gelişme olan biyolojik ilaçların üretilmesi ve araştırma-geliştirme sürecinde biyoteknolojinin kullanılması dahil edilebilir.

Biyoteknolojik yöntemler kullanılarak canlı organizmalardan ve sistemlerden (insan, hayvan ve mikroorganizmalardan) üretilen biyolojik ilaç grubu, 1982 yılında “insülin”in keşfi ve piyasaya sürülmesi ile ilaç endüstrisinde yerini almıştır (Mehta et al., 2001: 250; İskit, 2016: 29). Bu gelişme ile ilaç endüstrisine teknolojik ve ürün anlamında yeni bir dönem daha eklenmiştir denilebilir.

Günümüz dünya ilaç piyasasının yarısı (%50) , Şekil 2’de görüldüğü gibi Kuzey Amerika’nın (ABD ve Kanada) elindedir. Geriye kalan %50’lik pay içerisinde en çok paya sahip 5 ülke sırasıyla Çin, Japonya, Almanya, Fransa ve İtalya’dır.



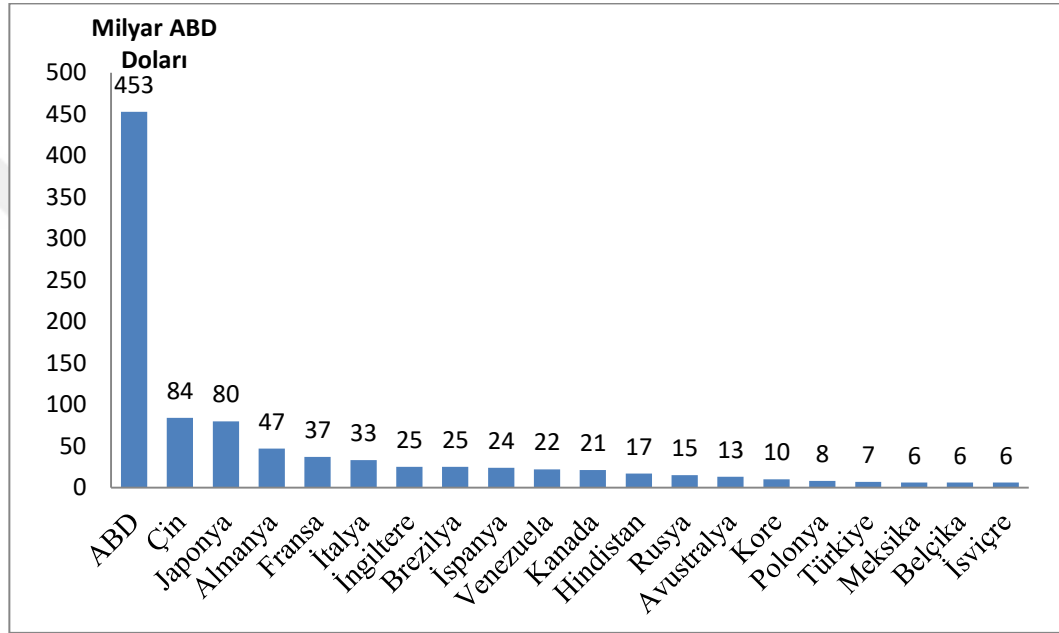
Şekil 2: Dünya İlaç Pazarı Yüzdeleri (Kaynak: İEİS 2017 verileri kullanılarak oluşturulmuştur.)

2017 yılı verilerine göre dünya ilaç pazarının parasal değerinin 1.1 trilyon dolar olduğu raporlanmıştır (Url 2). Ancak Şekil 2’de verisine ulaşılan en büyük paya sahip ilk 20 ülke değerlendirilmiş ve 914 milyar dolar değerindeki toplam pazarın % 83’lük kısmı üzerinden değerlendirmeler yapılmıştır. Dünya ilaç pazarının %17’si ismi ilk 20

ülkeye girmeyen diğer ülkelerde olduğu söylenebilir. Tablo 1’de daha detaylı bilgiler yer almaktadır.

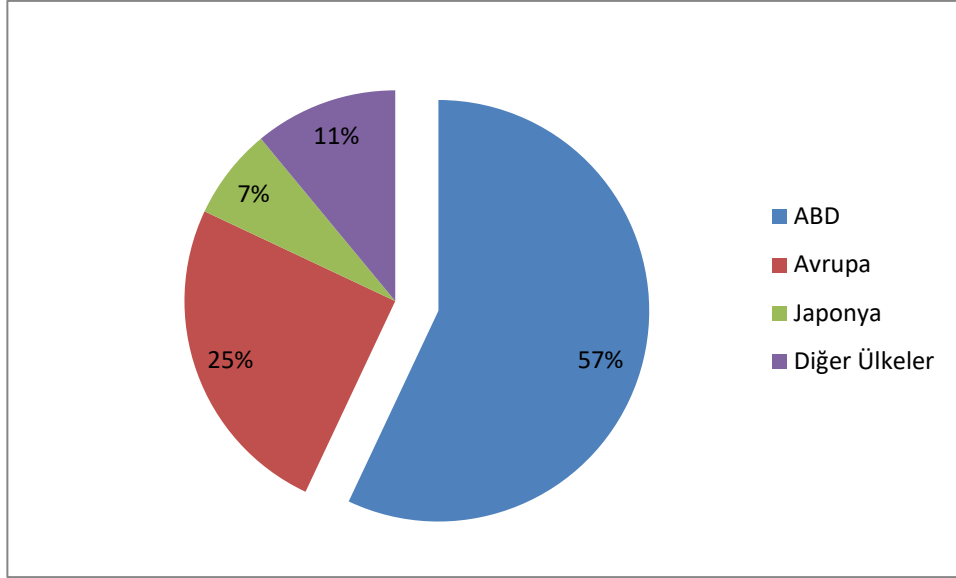
İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) 2017 verilerine göre (Url 3) ABD 453 milyar dolar ile pazarın % 41’ine hakim konumdadır. ABD pazardaki payı ile kendisinden sonra gelen pazar büyüklüklerine göre sırasıyla Çin, Japonya, Almanya ve Fransa’nın toplamından daha büyüktür ve pazarın lideri konumundadır.

Tablo 1: Dünya İlaç Pazarı



(**Kaynak:** <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/32/dunya-ilac-pazari>)

Türkiye 2016 İEİS verilerine göre 7 milyar dolar ile 16 sırada yer alırken Tablo 1’de görüldüğü üzere 2017 yılında 7 milyar dolar payı ile 17. sıraya gerilemiştir (Url 4). Bunun sebebi olarak 6 milyar dolar gelire sahip Polonya’nın 2017 yılında %33 büyüme sağlayarak gelirini 8 milyar dolara yükseltmesi olduğu düşünülmektedir.



Şekil 3: 2010-2014 Dünya İlaç Pazarına Tanıtılan Yeni İlaçların Satışı (**Kaynak:** TEB, *Sağlık İlaç ve Eczacılık İstatistikleri Yıllığı*, Ankara, 2018, s. 69)

Şekil 3'te görüldüğü üzere 2017 yılında Dünya ilaç pazarının %57'sini ABD, %25'inin Avrupa kıtası elinde tutarken geriye kalan %18'lik dilim diğer ülkelerde dağılmaktadır. Diğer ülkeler arasında da en büyük payı alan ülke %7'lik pay ile Japonya olduğu görülmektedir.

1.1.2.2. Türkiye İlaç Endüstrisi Tarihçesi

Türkiye'deki ilaç sektörünü ve ilaç politikalarını daha iyi kavrama ve anlamlandırmak adına ilaç endüstrisinin tarihçesinin bilinmesi önem arz etmektedir. Türkiye İlaç Endüstrisi'nin tarihçesine bakıldığında literatürde belli özellikler öne çıkarılarak bazı dönemler oluşturulmuştur. Baytop tarafından yapılan sınıflandırma şu şekildedir (Baytop, 1996 ve Baytop 1997b Akt; Baytop, 1997a: 67);

- Cumhuriyet'ten önceki eczane dönemi (1833-1928),
- Cumhuriyet'ten sonraki laboratuvar dönemi (1928-54),
- II. Dünya Savaşı'ndan sonraki fabrika dönemi (1954-1970),
- İlaç etken maddesi üretme dönemi (1970'ten günümüze) olmak üzere dört dönemden oluşmaktadır.

Benzer bir sınıflama yapan Turan (2007: 15-32);

- Osmanlı döneminde ilaç sanayi (1850-1919)

- Cumhuriyet döneminde ilaç sanayi (1920-1952)
- Modern tesisler (fabrikasyon) dönemi (1952'den günümüze) şeklinde sınıflandırmaya gitmiştir.

Yukarıdaki iki sınıflandırma incelendiğinde benzer isimlendirmeler ve yakın tarihler görülmektedir. Türkiye İlaç Endüstrisi tarihçesi genel hatlarıyla incelendiğinde üç dönem ile karşılaşılacaktır. Bütün diğer sektör ve politikalarda olduğu gibi ilk miladımız Osmanlı Dönemi (1833-1928), ardından Cumhuriyetin Kuruluş Dönemi (1928-1954) ve son dönem II. Dünya Savaşı sonrası küresel bir şekilde dünyanın hemen hemen her bölgesini etkisi altına alan siyasi-politik iklim değişikliğinin beraberinde getirdiği dönem olarak sınıflandırılabilir.

Türkiye’de ilaç üretimine eczanede başlanılmış, eczane laboratuvarlarında veya müstakil laboratuvarlarda ilaç üretimi geliştirilmiş ve aşama aşama fabrika dönemine ulaşılmıştır. Şimdi sırası ile bu dönemlere değinilecektir.

1.1.2.2.1. Osmanlı Döneminde İlaç Sanayi (1833-1928)

Osmanlı eczanelerinde galenik ilaçların yapıldığı ve satıldığı bilinmektedir. Eczanelerde havan mahsulü olan eski ilaçlar eczanelerde hazırlanmış, çeşitli süslü kavanoz ve vazolarda muhafaza edilmiştir. Çeşit ve sayı olarak az olması ile birlikte Avrupa’dan getirtilen müstahzarlar (hazır ilaçlar) da eczanelerde satılmıştır. Ancak zamanla kavanoz ve vazoların yerini de kutu, şişe ve paket içerisindeki müstahzarlar almıştır (Baylav, 1968: 232, 242).

Bazı kaynaklarda 1833 yılında bazı kaynaklarda 1850 yılında “İngiliz Eczanesi”nin açılışı ilaç sanayisinin başlangıç tarihi olarak kabul edilmektedir. Bu tarihin kabul görmesindeki temel etken geniş çapta hazır ilaç üretimine geçilmiş olmasıdır. Bu eczanede 25 kadar hazır ilacın üretildiği belirtilmektedir. Bu sebeple Türkiye’de ilaç sanayisi “eczane çocuğu” olarak tanımlanmaktadır (Baytop, 1997: 12, 15, 67).

Osmanlı Dönemi’nde ilk eczanenin 1757 yılında açılmış olması hesaba katıldığında ilaç yapımının ve ilaç satışının olduğu sonucuna varılabilir. Osmanlı döneminde ilk eczanenin açılışından 19. yüzyılın ortalarına kadar ithal yolla gelen ilaçların varlığının yanında pazardaki ilaçların çoğunluğu eczane laboratuvarlarında üretilen majistral ilaçlardan oluşmaktaydı. Ayrıca yabancı müstahzarların benzerleri

(jenerikleri) de eczane laboratuvarlarında eczacılar tarafından üretilmeye başlanmıştır (Uğurlu, 2008).

19. Yüzyılın ikinci yarısından itibaren Türk eczacıları tarafından yerli müstahzar üretimine geçilmiştir (Uğurlu, 2008). İlk Türk müstahzar ilaç, Ethem Pertev Bey tarafından 1895 yılında ruhsatı alınan ve kendi ilaç yapım tesisinde ürettiği “Pertev Şurubu” olmuştur (Baytop, 1985: 143; Turan, 2007: 19). Ecz. Ethem Pertev ve Ecz. Mehmet Kazım’ın işbirliği sonucunda 1900’lü yıllarda “Osmanlı Komprime Laboratuvarı” ilk üretim tesisi kurulmuştur (Turan, 2007: 19; Sarıkaya, 2017: 12). Bu gelişme Türk ilaç endüstrisinde eczanelerin kısıtlı üretim sürecinden laboratuvar dönemine geçişi noktasında önemli bir adım olarak değerlendirilebilir. Osmanlı’da yerli ilacın sanayileşme süreci bu şekilde başlamıştır. Bu gelişmeler daha sonra Balkan ve Birinci Dünya Savaşları esnasında ülkenin ve özellikle ordunun ilaç ihtiyacını karşılama anlamında da değerlidir (Baylav, 1968: 239).

Tablo 2: Osmanlı Döneminde Faaliyete Geçen İlaç Laboratuvarları

Kuruluş Yılı	Laboratuvar
1885	Pertev Müztahzarat İmalathanesi
1900	Osmanlı Komprime Laboratuvarı
1903	Şark Merkez İspençiyari Laboratuvarı
1907	Malzeme-i Sıhhiye-i Askeriye İmalathanesi
1909-1910	Süleyman Ferit Müztahzarat ve İtriyat Fabrikası
1913	Caneti (Kanzuk) Laboratuvarı
1914	Enver Laboratuvarı
1915	Abdi İbrahim Laboratuvarı
1917/1921	Haver Laboratuvarı
1919	Hasan Müztahzarat Laboratuvarı
1920	Dr. İhsan Sami Laboratuvarı
1923	Mustafa Nevzat Pısak Laboratuvarı

(**Kaynak:** Nurettin Turan, *Kuruluşundan Günümüze Türkiye İlaç Endüstrisi*, Scala Yayıncılık, 2007, s. 20; Url 5; Url 6.)

Literatür incelendiğinde Cumhuriyetin kuruluşundan evvel kurulan ilaç laboratuvar sayısı 13 olarak tespit edilmiştir. Ancak Osmanlı zamanında eczanelerde ilaç üretimi gerçekleştirildiği unutulmamalıdır. Laboratuvar döneminin başlangıcı

Osmanlı döneminde gerçekleştirilmiş olup Cumhuriyet döneminde laboratuvarda ilaç üretimi devam etmiştir.

1.1.2.2.2. Cumhuriyet Dönemi İlaç Sanayi (1928-1954)

Laboratuvar dönemi olarak da adlandırılan ikinci dönemde Osmanlı'dan kalma kapitülasyonları kaldırma noktasında müstahzar ilaç ithali ve satışı devlet kontrolüne alınmış ve ruhsatlandırma zorunluluğu getirilmiştir. Ardından mevzuata yönelik çeşitli eylemlerin gerçekleştirildiği görülmektedir. Mevzuattaki en önemli gelişme aynı zamanda Türkiye İlaç Endüstrisi tarihi açısından kilit taşı olan 1262 sayılı İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu'nun 1928 yılında yayımlanmasıdır. Bu kanun ilaç ve eczacılık ile ilgili düzenlemeleri kapsamaktadır ve çeşitli düzenlemelerle birlikte halen yürürlüktedir (Say, 1977: 7; Uğurlu, 2008; Abacıoğlu, 2010: 71).

Türkiye'de 1923'ten 1950'lere kadar "ithal ikameci sanayi modeli" ile ekonomi alanında "korumacılık" ilkesine bağlı kalınmıştır (Abacıoğlu, 2010: 73). Bu ilke ilaç sanayisinde de uygulanmış ve yerli üretim desteklenmiştir. Yabancıların müstahzar ilaç pazarı haline gelen Türkiye'de, Cumhuriyet Dönemi'ndeki gelişmeler ve destekler ile müstahzar ilaç üretimine eczanelerde devam edilmiş (Turan, 2007: 21), ayrıca laboratuvar ve fabrikalardaki üretimle birlikte 1949 yılına gelindiğinde pazarın %39'u yerli ilaçlar tarafından karşılanır duruma gelmiştir (Baylav, 1968: 365). Turan (2007, 28) ise 1949 yıllarında Türkiye'nin ilaç ihtiyacının %45'inin yerli ilaçlarla karşılandığını belirtmektedir. Bu ifadelerden Cumhuriyet dönemine ait kesin verilere ulaşamadığı sonucuna varmamız mümkündür. Ulaşılan veriler ışığında Cumhuriyet dönemi ilaç ve laboratuvar sayıları Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Cumhuriyet Dönemi Laboratuvar ve İlaç Sayıları

	Yerli Laboratuvar Sayısı	Müstahzar İlaçlar	
		Yerli	Yabancı
1923	14	v.y.*	v.y.*
1927	20	v.y.*	v.y.*
1929	30	30	515
1930	20	62	596
1931	20	186	719
1933	45	306	965
1934	v.y.*	433	934
1935	40	468	1032
1936	v.y.*	549	1110
1937	v.y.*	628	1176
1938	56	690	1377
1947	100	v.y.*	v.y.*
1949	92	1544	2416

(**Kaynak:** Turhan Baytop, *Laboratuvardan Fabrikaya*, Görsel Sanatlar Matbaacılık, 1997, s.74; Naşid Baylav, *Eczacılık Tarihi*, Yörük Matbaası, 1968; Nurettin Turan, *Kuruluşundan Günümüze Türkiye İlaç Endüstrisi*, Scala Yayıncılık, 2007, s. 22.) (* veri yok)

Tablo 3'ten anlaşılabacağı üzere ilaç sanayisinin gelişmekte ve büyümekte olduğu ifade edilebilir. Yıllar bazında laboratuvar sayısının ve üretilen ilaç sayısının arttığı görülmektedir. Ancak Türk İlaç Endüstrisi için 1954 yılı yapılan düzenlemeler ile birlikte ilaç sanayisine gelişme ve modernleşme anlamında hız kazandırıldığı ancak eczane laboratuvarlarında ve fabrikalarında gelişmeye çalışan yerli ilaç sanayinin önüne ket vurulmuştur.

1.1.2.2.3. Modern Tesisler (Fabrikasyon) Dönemi (1954-)

Türkiye'de modern tesisler dönemini başlatan ve ilaç sektörünü yakından ilgilendiren gelişme iki önemli kanun değişikliğidir. Bunlar 1954 yılında kabul edilen 6224 sayılı “Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanunu” ile aynı zamanlarda gerçekleştirilen 1262 sayılı kanunda yapılan değişiklik olarak kısaca ifade edilebilir.

1262 sayılı kanunda 6243 kanun numarası ile yapılan değişiklik sonucu 5. maddeye “İспенçiyari ve tıbbi mevat ve müstahzaratın her türlü fenni şartları haiz ve kafi tesisatı muhtevi bir laboratuvar veya fabrikada imali mecburidir.” (İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu, md.5) ibaresi eklenmiştir. Bu madde ile küçük

laboratuvarlar olarak da adlandırılabilirler. Eczane laboratuvarlarında ilaç üretimi yasaklanmıştır.

Türkiye’de 1954 yılında kabul edilen “Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanunu” ise kapitalizme kapı aralamış ve liberalizmin etkileri görülmeye başlamıştır (Abacıoğlu, 2010: 73). Zamanla çok uluslu yabancı firmalar Türkiye pazarına girmiş, yatırımlar yapmışlardır. Bu firmalar çoğunlukla kendi buluşları olan etkin maddeleri dış ülkelerdeki ana firmalarından getirip mamul ilaç şekline dönüştürmüşler ve pazarlamışlardır. Bazı yabancı firmalar Türkiye’de yatırım yapmamakla birlikte lisans anlaşması yaparak yerli firmalar aracılığıyla fason üretim yolunu tercih etmiş ve Türkiye pazarında yerlerini almışlardır (DPT, 2001: 70).

Bu dönemde, özellikle 1952-1957 yılları arasında yerli müstahzar üretiminde hızlı sanayileşme döneminin yaşandığı görülmüştür. Türkiye’nin modern tesisler (fabrikasyon) dönemine geçişi olarak da adlandırılan bu dönemle birlikte sanayileşen ilaç üretimi ülke ihtiyacının % 60’ını karşılayacak duruma gelmiştir (Say, 1977; Uğurlu, 2008; Abacıoğlu, 2010: 74). Bu hızlı sanayileşme sürecinin 1954 yılında kabul edilen “Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanunu” ile yabancı sermayenin ve ithal ürünlerin Türkiye’ye girişinin kolaylaştırılmasından kaynaklandığı sonucuna ulaşılmıştır. Ekonomide büyük değişimlere sebep olan liberalizmin Türkiye’nin lehine işleyen yönlerinden biri, ilaç fabrikaları için gerekli makine, teçhizat, ekipman, ilaç hammadde ve yardımcı maddelerinin ülkeye ithalini kolaylaştırmış olmasıdır (Say, 1977: 6; Abacıoğlu, 2010: 73).

Yasal düzenlemeler ile birlikte getirilen kolaylıklar sonucu 1960’lı yıllarda yerli ilaç sanayi müstahzarcılık alanında atılım yapmıştır. Ayrıca yabancı sermayeli firmaların yasal zorunluluk sebebiyle bazı üretim tesislerini Türkiye’de kurması yerli ilaç üretiminin ve tüketiminin artmasına yol açmıştır (Abacıoğlu, 2010: 73). Bu iki gelişme ile Türkiye’nin ilaç ihtiyacı yerli ilaç ile karşılanır hale gelmiştir.

Say’ın (1977: 9) ifade ettiğine göre Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanunu yoluyla ülkeye giren firmalar yardımcı ve ham maddelerin bir kısmını kendi ülkelerinden ithal etmişlerdir. Yabancı firmalar Türkiye’deki fabrikalarında müstahzar üretimi gerçekleştirmiş ve böylece başlangıç aşamasındaki yerli ilaç sanayisi, yabancı sermayeli kuruluşların etkisiyle müstahzar ilaç üretme aşamasında kalmıştır. Bu durumda o dönem için kullanılan “ilaç ihtiyacı yerli üretimle karşılanıyor” ibaresi tartışma konusu olabilir.

Müstahzarat ilaç üretimi ifade edildiği gibi gelişirken ilaç hammadde üretim sanayisi yüksek bir gelişme düzeyi gösterememiştir. Hammadde üretimi 1965’li yıllarında başlamasına rağmen günümüzde ilaç hammaddesi büyük oranda ithal edilmektedir (Abacıoğlu, 2010: 74).

1950’li yıllarda başlayan teşvikler, ardından 80-90’larda gelen küreselleşme dalgası ile birlikte Türkiye’de tamamen yerli ilaç sanayi hedefi kırılmış ve müstahzar ilaç sanayii türünde bir sanayileşme sürecine girilmiştir. Türkiye’de küreselleşmenin etkisi ve ilaç firmalarında birleşme veya devir yöntemleri aracılığı ile ilaç üretim yatırımları çok uluslu yabancı şirketlerin eline geçmiştir (Abacıoğlu, 2010: 76).

Tablo 4: Cumhuriyetten Günümüze İlaç Firmaları Sayısı

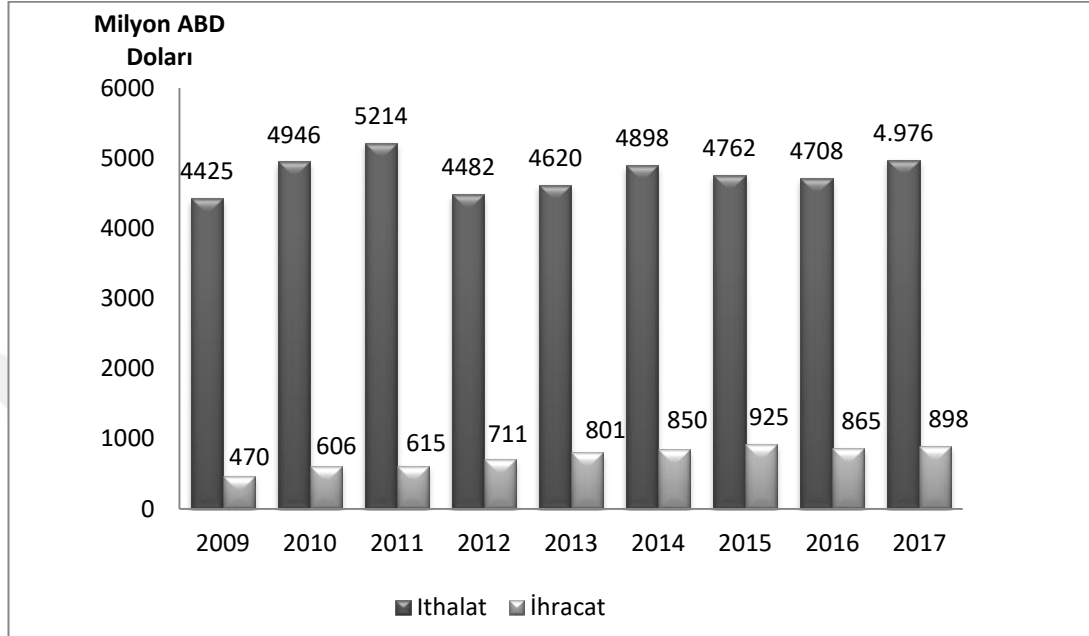
Yıllar	Firmalar		
	Yerli	Yabancı	Toplam
1965			132
1970	119	11	130
1980	74	7	81
1990	96	10	106
2000	91	35	126
2010	332	109	441
2017	372	120	492

(**Kaynak:** Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, İlaç Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu, 2001, s. 6; Turhan Baytop, *Laboratuvardan Fabrikaya*, Görsel Sanatlar Matbaacılık, 1997, s.33; İEİS, Türkiye İlaç Sektörü 2017, 2018, s. 4.)

Türkiye’de ilaç sektöründe faaliyet gösteren firmalara ilişkin Tablo 4’e bakıldığında %24,4’ünün yabancı sermayeli, %75,6’sının yerli firma olduğu görülmektedir. Ancak yerli firmaların ürettiği ürünler çoğunlukla fason veya müstahzarat üretim şeklinde olması Türk ilaç sanayisinin gelişmesine katkı anlamında tartışmalı bir durumdur.

Türkiye’de faaliyet gösteren ilaç üreticilerine dair bilgileri orijinal ve jenerik ilaç üreticileri; ithal ve imal ürünler bağlamında değerlendirildiğinde ilaç piyasasında faaliyet gösteren orijinal ilaç üreticilerinin payı yaklaşık %70 iken, jenerik ilaç üreticilerinininki %30 olduğu görülmektedir (Rekabet Kurumu, 2013: 65). Türkiye’de üretilen ürünler değer bazında incelendiğinde yaklaşık yüzde 57’si ithal, yüzde 43’ü ise yerel üretim şeklinde olduğu görülmektedir. Türkiye’de yerel üretim jenerik ilaç üretimine dayanıyor olması ve ilaç üretimi için gerekli etken hammaddelerin de yaklaşık yüzde 80’inin ithal ediliyor olması ilaç sektörünün ithalata bağlı olduğu

sonucuna ulaşılabilir (KPMG, 2018: 17, 23). Türkiye’de faaliyette olan orijinal ilaç üreticilerinin tamamının uluslararası firmalara bağlı oldukları ve bu firmaların ağırlıklı olarak orijinal ilaç üretimi ya da ithalatı yaptıkları bilinmektedir (Karakoç, 2014: 66).



Şekil 4: Türkiye İlaç Sektörü İhracat ve İthalat Değerleri **(Kaynak: İEİS, <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari>)**

Türkiye’de Şekil 4’te görüldüğü üzere 2017 yılında 4.976 milyon dolar değerinde ithalat yapılırken 898 milyon dolar değerinde ihracat gerçekleştirilmiştir. Bu durumda ilaç pazarı ticaret dengesinin -4078 milyon dolar olduğu görülmektedir. Tüm bu bilgiler değerlendirildiğinde Şekil 4’ten anlaşılabileceği üzere Türkiye ilaç sektörünün ithalatı yüksek bir sektör olduğu söylenebilir.

Türkiye’de ilaç sektörü 1990’lı yılların başından bu yana liberal ve neoliberal politikaların etkisi, hükümet politikaları ve devlet teşvikleri ile birlikte büyüme ve gelişme yaşayan, özel sektörün varlığının hissedildiği sektörlerden birisi haline gelmiştir. 2000 ve sonrası hükümet döneminde ise uygulanan politikalar gereği SSK ve Ordu İlaç Fabrikalarının kapatılması, devletin kamu hastanelerine ilaç temininden çekilmesi ve düzenlenen yeni ilaç protokolleri gibi uygulamalar, ilaç pazarındaki büyümeyi sağlarken sağlık ve ilaç alanında özel sektör güçlendirilmiştir (Petrol-İş, 2010: 8).

1.1.3. İlaç Sektöründe Küresel ve Ulusal Paydaşlar

Sağlık sisteminde olduğu gibi ilaç sektöründe de küresel ve ulusal paydaşlar bulunmaktadır. İlaç sektörünün paydaşları üç grup olarak tanımlanmaktadır. Bunlar; düzenleyici otoriteler, üreticiler ve dağıtım kanalları olarak gruplandırılmaktadır (Karakoç, 2014: 63). İlaç sektöründeki düzenleyici otoriteler ise küresel kuruluşlar (dış paydaşlar) ve ulusal kuruluşlar olarak sınıflandırılabilir.

1929 Buhranı sonucu liberal devlet anlayışının sosyal refah devlet anlayışına dönüştüğü görülmüştür. Ancak 1980’lerde sosyal devlet anlayışının değişimini zorunlu kılan ekonomik baskılar sebebiyle kamu hizmeti kavramı ve devletin kamu hizmeti sunumundaki sorumlulukları tartışma konusu olmuştur. Yaşanan ekonomik, sosyal ve siyasal değişimler refah devlet politikalarının sorgulanmasına ve devletin görevlerinin yeniden tanımlanmasına yol açmıştır (Eser vd., 2011: 202).

Bu dönüşümün yansımaları 1980’lerin sonlarında sağlık hizmetlerinde de reform arayışlarına yol açmıştır. Özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler küresel ekonomik sıkıntılar ile mücadele ederken bütçelerde büyük yer kaplayan sağlık harcamalarını azaltmak ve sürdürülebilir hale getirmek için “salgın” (Klein, 1993: 752) olarak nitelendirilen birbirinin aynısı reform uygulamalarına başvurdukları görülmüştür (Ağartan, 2015: 37).

Sağlık hizmetlerinin değişen yapısı, artan maliyetleri ve bireylerin daha iyi hizmet beklentileri hükümetlerin politik söylemlerinin içerisinde sağlıkta reform gereksinimini vurgulamalarına neden olmuştur. 1980’lerden günümüze finansal kaygıların yanı sıra neoliberal politikaların ve küreselleşmenin etkisi ile pek çok ülkede sağlıkta uygulanan reformlar ile köklü değişimlerin gerçekleştirildiği görülmüştür (Günaydın, 2011: 325-327). Hükümetleri, sağlık sektöründe reform arayışına iten temel neden olarak sağlık hizmetlerinin artan maliyetleri gösterilmektedir. Maliyet artışları, ülkeleri tıbbi ürün ve hizmetlerin daha ekonomik bir şekilde sunulmasına yönelik düzenleyici politika arayışına yöneltmiştir (Breyer ve Haufler, 2000: 445). Bu arayış içerisinde ülkelerin reform kararlarını doğrudan ya da dolaylı yollarla etkileyen dış paydaşların varlığından söz etmek mümkündür.

Küreselleşen dünyayı düzenleyen, ortak hedefler ile daha sağlıklı bir toplum oluşturma yolunda mücadele ve destek veren uluslararası kuruluşlar ülkelerin reform arayışlarında maddi ve stratejik anlamda destek olabilmekte veya hükümetlerin reform

programlarında doğrudan ya da dolaylı paydaşlar olabilmektedirler. Sağlık sektörü açısından bakıldığında DSÖ, IMF, Dünya Bankası (DB) ve UNICEF gibi yapılanmalar en çok ismi duyulan paydaşlar olarak sıralanabilir.

Küreselleşmenin ve neoliberal politikaların etkisiyle küresel boyutta IMF ve DB gibi uluslararası paydaş kuruluşlar reformları finans boyutunda desteklerken; DSÖ ve UNICEF gibi uluslararası kuruluşlar ise “herkese sağlık” misyonuyla bireylerin sağlık ihtiyacını giderme yönünden reformları desteklemektedirler (Günaydın, 2011: 324). İlaç bağlamında düşünüldüğünde Uluslararası Eczacılık Federasyonu (International Pharmaceutical Federation (FIP) da uluslararası kuruluşlar arasında değerlendirilmelidir.

Ulusal bağlamda ilaç sektörü ile ilgili düzenleyici paydaşlar olarak genellikle dönemin hükümeti, Sağlık Bakanlığı, Sosyal İşler Bakanlığı ve sosyal sigortadan sorumlu kurumlar sayılmaktadır (Arts et al., 2006: 37). Türkiye’de de benzer durum söz konusu olup düzenleyici paydaşlar arasında hükümet, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşu olan Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) ve Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın ilgili kuruluşu olan Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı ilaca dair düzenleme ve denetlemeden sorumlu iken Sosyal Güvenlik Kurumu ilacın en büyük alıcısı konumunda olması sebebiyle özellikle fiyatlandırma ve geri ödeme politikaları konularında söz hakkına sahip aktörlerden birisi olarak çeşitli müdahalelerde bulunmaktadır.

Sağlık sektörü özelinde ilaç sektöründe yapılan düzenlemelere bakıldığında devlet anlayışlarındaki değişim ve dönüşümlerden etkilenildiği söylenebilir. Bu durumun ilaç sektöründeki paydaşların piyasaya müdahalesini ve hizmet anlayışını etkilediği düşünülebilir.

Düzenleyici otoritelerin, ülkelerin ve toplumların sağlığını korumak ve de bireylerin etkin, kaliteli ve ekonomik ilaca erişimi sağlamak adına üreticiler ve dağıtım kanalları üzerinde düzenleme yapma yetkileri olduğu bilinmektedir (Çalışkan, 2008: 51).

Toplum sağlığını etkilemesi ve eczacı-hasta ilişkisinde asimetrik bilginin varlığı sebepleri ile dünyanın pek çok ülkesinde ilaç sektörü düzenleyici otoritelerin müdahalesi altındadır. İlaç sektörüne yapılan müdahalelerin temelinde toplum sağlığını koruma ve geliştirme çabası vardır. Yapılan düzenlemeler ilaçların piyasaya çıkmadan

önceki güvenlik, etkinlik ve kalite (ruhsatlandırma) bakımından kontrolü sonrası tüketime kadar devam etmektedir (Wondemagegnehu, 1999: 1; Karakoç, 2014: 5).

Devletlerin ilaç fiyatlarını düzenlemesi ve kontrol altında tutmasının başka bir nedeni ilaç sanayisinde yaşanabilecek tekelleşme sorunudur (Top ve Tarcan, 2004: 21). Bu sebeple stratejik öneme sahip ilaç sektörünün, piyasa ekonomisi güçlerine bırakılması sakıncalı görülmektedir. Devlet otoritesinin ve müdahalesinin, ilacın geliştirilmesinden üretilmesine ve tüketicilere sunulmasına kadar tüm aşamalarda gerekli ve zorunlu olduğu kabul edilmektedir (Petrol-İş, 2010: 2). Devletin ilaç üzerindeki müdahalelerin tek sebebi ekonomik değildir. İlaç sektörünün sürekli denetim ve kontrol altında olmasının önemli sebeplerinden birisi halk sağlığını doğrudan etkiliyor olmasıdır.

Halk sağlığı ve güvenliği ile ilgili kaygılardan ötürü hükümetlerin ilaç sektörünün faaliyetlerine müdahalede bulunması zaruri bir faaliyet olarak görülmektedir (DPT, 2001; Ratanawijitrasin and Wondemagegnehu, 2002: 8). Hükümetlerin ilaç piyasalarında varlıklarını korumaları ve düzenleyici otorite olmaları piyasanın yapısı, toplum sağlığını yakından ilgilendirmesi ve sağlık harcamalarını karşılayan üçüncü tarafın devlet olması gerekçeleriyle meşru görülmektedir.

Bu açıklamalardan yola çıkarak ilaç sektöründeki düzenleyici otorite olan kurum ve kuruluşların diğer paydaşlar olan üreticiler ve dağıtıcılar üzerinde düzenleme ve denetleme yapması kabul gören bir uygulama olduğu sonucuna varılabilir.

Türkiye ilaç sektöründe faaliyet gösteren üreticiler, orijinal ya da jenerik ilaç üreticileri olarak iki farklı kategoride ele alınmaktadır (Karakoç, 2014: 66). İlaç piyasasında faaliyet gösteren orijinal ilaç üreticilerinin payı yaklaşık %70 iken, jenerik ilaç üreticilerinininki %30 olduğu görülmektedir (Rekabet Kurumu, 2013: 65). Türkiye’de ilaç üretimi yapan firmalara ilişkin 2017 verilerine göre 372 yerli firma ve 120 yabancı firma olmak üzere toplam 492 firma ilaç sektöründe yer almaktadır (Bkz. Tablo 4).

İlaç sektöründeki diğer bir paydaş ilaçları üreticiden son kullanıcı olan hastalara ulaştırmakla sorumlu dağıtım kanallarıdır. Bunlar toptan dağıtım kanalları depocular ve perakende satış yapan serbest eczacılar (Mercan, 2013: 176) olarak sınıflandırılmaktadır.

Ecza depoları, ilaçların üreticilerden tüketicilere güvenli bir şekilde ulaştırılması başta olmak üzere gerektiğinde hatalı, sahte, tarihi geçmiş ve piyasadan toplatılma

kararı verilen ilaçları piyasadan geri çekmekle sorumludur. Ecza depoları, ilaçların alımı, satımı, saklanması ve taşınması konularında “İyi Dağıtım Uygulamaları” usul ve esaslarına göre faaliyet göstermektedirler (Turan, 2007: 86). Türkiye’de hizmet sunan ecza deposu statüsündeki kuruluşların (ecza deposu ve ecza kooperatifleri) sayısı TİTCK verilerine (2018) göre 537 olarak tespit edilmiştir. Toplamda 537 olan ecza depolarından şubeler çıkarıldığında 258 tane kuruluşun ilaç sektöründe dağıtım görevini yerine getirdiği söylenebilir (Url 7).

İlaç sektöründeki en önemli paydaşlardan birisi hiç kuşkusuz eczacılardır. İlaçları hastalara ulaştıran ve bu süreçte çok önemli bir misyon üstlenen eczacılara dair bilgiler ikinci bölümde detaylandırılacaktır.



İKİNCİ BÖLÜM

ECZACILIK VE HASTA MEMNUNİYETİ

Bu bölümde eczacılık ve hasta memnuniyeti olmak üzere iki ana konu ele alınacaktır. Öncelikle eczacılık ile ilgili temel kavramlar, mesleğin gelişimi, eczacıların sağlık hizmetleri sunumundaki sorumlulukları ile eczanelerin sağlık örgütlenmesindeki yeri açıklanacaktır. İlaçtaki gelişimlere paralel olarak değişen eczacılık hizmetleri ve eczacının dönüşen rolü derinlemesine ele alınacaktır. Daha sonra hasta memnuniyeti kavramı ve eczacılık hizmetlerinden hasta memnuniyeti konularına dair literatür bilgisi verilecektir.

2.1. ECZACILIK

Bu başlık altında eczacılık ile ilgili temel kavramlara, eczacının ve eczacılığın ilaç ile birlikte dönüşümüne, eczacıların değişen rollerine, sağlık sistemleri içerisinde eczanelerin pozisyonlarına ve eczacıların sorumluluklarına değinilecektir.

2.1.1. Eczacılık İle İlgili Temel Kavramlar

Bu başlık altında eczacılığa dair kavramlardan bahsedilecektir. Daha sonraki başlıklarda bu kavramların dönüşümü ve eczacıların sağlık sektöründeki konumu daha geniş perspektiften tartışılacaktır.

Eczza, eczacının kelime kökenine bakıldığında, bu kavramın Fransızca “drogue” kelimesinin tam karşılığı olan Arapça “ecza” kavramından türediği görülmektedir. Littré’nin tıp sözlüğüne göre ecza, majistral veya hazır olarak satılan ilaçların yapımında kullanılan bitkisel, hayvansal veya madeni hammaddelere verilen genel addır (Akt; Baylav, 1968: 206). Eczayı üreten veya hastaya ulaştıran kişi ise eczacıdır.

Eczacı, Eczacılık Fakültesi veya Eczacılık Mektebi’nden ya da kanuna göre denkliği kabul edilen yabancı okullardan mezun olmuş eczacılık faaliyetlerini yürütmeye yetkili sağlık meslek mensubu kişilerdir (Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik, 2014: md. 4/c). Başka bir tanımda eczacı, teşhis veya tedavi amacıyla hastaya verilen ilaca dair hasta veya yakınına ilaç-ilaç etkileşimi, ilaç-besin etkileşimi,

ilacın yan etkileri, doğru dozun ayarlanması gibi konularda bilgilendirmekle sorumlu sağlık hizmeti sunan kişilerdir (Geçgil, 1981: 10).

İslam dünyasında “eczacılığın babası” olarak anılan Ebû Reyhan Bîrunî eczacıyı şu şekilde tanımlamıştır; “*Saydelâni veya Saydenâni, tek tek ilaçların hangi nevinin iyi olduğunu, ve bunları hangisinin tercih edilmesi lazım geldiğini öğrenmek ve tıp ilminin maruf şahsiyetleri tarafından ortaya konup herkesçe kabul edilmiş bulunan terkiplerin en iyisini yapabilmek suretiyle ilaçları toplamayı kendisine sanat edinmiş olan kişidir*” (Baylav, 1968: 81; Baytop, 1985: 56). İslam ve Türk literatürüne bakıldığında eczacı mesleğinin karşılığı “*Saydelâni veya Saydenâni*” kelimeleridir.

Osmanlı dönemindeki bazı kaynaklarda ilaç sanatı ile uğraşan meslek adamlarına “İspeçyar” da denildiği görülmektedir. İspeçyar eserlerde “*otlar ve eczalar dükkanında mevcut olup tabibin ısmarladığı üzere şerbetler, macunlar ve haplar yapan kimse*” olarak tanımlanmıştır (Baylav, 1968: 191). Sonradan ispeçyar kelimesi “ispençiyar” olarak Türkçe’de kullanılmaya devam etmiştir. Ancak günümüzde sık duyulan bir kelime değildir. Türkçe’de eczacı kelimesinin kullanılmaktadır. Eczacının genel olarak mesleğini tanımlayan kavram ise eczacılıktır.

Eczacılık, reçetelenen ilaçların hazırlanması ve hastaya sunulması; majistral denilen bizzat eczacı tarafından hazırlaması gereken yapma ilaçların ne şekilde hazırlanacağı ve hastalara ne şekilde (kapsül, şurup vb.) verilmesi gerektiği ile ilgilenen ilimdir (Şehsuvaroğlu, 1970: 14). Eczacılık mesleği çeşitli kurumlarda gerçekleştirilmekle birlikte en çok serbest eczanelerde yapılmaktadır.

Serbest Eczane, sahibi ve mesul müdürü eczacının kendisi olma şartı ile eczacılık mesleğinin kuralları doğrultusunda hizmet üreten ve sunan, İyi Eczacılık Uygulamaları’nın gereğini yerine getirerek kamusal faydayı en üst düzeyde sağlayabilecek, hastaya ilacı temin etmenin yanında birinci basamak sağlık hizmeti sunulan ve sağlık tüketiminin son durağı olarak da tanımlanan, kamusal özelliği olan hastaya en yakın sağlık hizmeti sunan birimlerdir (Tanker, 1984: 79; İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu, md. 4/m; SGK SUT, 2013: md. 1.4.1/c). Sağlık hizmeti sunan eczanelerin diğer bir özelliği de eczacı tarafından işletilmek zorunda olan ticari bir işletme olmalarıdır (Kocabacak, 2011: 96).

Eczacılar farklı iş ortamlarında da görev yapmaktadırlar: Eczanelerde yardımcı eczacı veya sahibi olarak, hastane eczanelerinde, kliniklerde, laboratuvarlarda, ilaç

sanayiinde Ar-Ge'den üretime ve pazarlamaya kadar farklı alanlarda çalışabilmektedirler. Özellikle serbest eczacıların yerine getirdikleri ve değişen çeşitli eczacılık hizmetleri bulunmaktadır.

Eczacılık Hizmetleri, 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Kanunu'na göre hastalıkların teşhis, tedavisi ve önlenmesi amacıyla eczacı tarafından yerine getirilmesi gereken sorumluluklardır. Bu sorumluluklar, doğal ve sentetik kaynaklı hammaddelerden istenilen ilaçların hazırlanması; ilaçların hastaya sunulması; ilacın analizlerinin yapılması, ilaç ve eczanedeki diğer ürünlerin hasta ve devlet açısından güvenliğinin, etkinliğinin ve maliyetinin değerlendirilmesi; ilaçla ilgili standardizasyon ve kalite güvenliğinin sağlanması ve ilaç kullanımına bağlı oluşabilecek sorunların (farmakovijilans) hastaya söylenmesi ve çıkan ilaç yan etkilerinin uygun birimlere bildiriminin yapılmasına ilişkin faaliyetler olarak sıralanabilir. Aynı zamanda eczacılık hizmetleri toplumsal faydayı gözeterek yapılması gereken sağlık hizmetidir (6197 Sayılı Kanun, 1953: md. 1). Kısaca eczacılık, eczacının eczane işletirken ve hastası ile iletişimde iken gerçekleştirdiği faaliyetlerin tümü olarak tanımlanabilir.

2.1.2. Eczacılığın Kökeni

Eczacılığın kökenleri hakkında kesin bilgi olmamakla birlikte insanlığın temel ihtiyaçları arasında yer alması sebebiyle ilaç ve eczacılığın tarihi insanlık tarihi ile eşdeğer olarak kabul görmektedir. Tarih öncesi çağlarda hayvanlar gözlenerek ve deneme yanılma yoluyla bitkisel droglardan yararlanıldığı ve herkesin kendine eczacılık yaptığı düşünülmektedir. Ayrıca bu çağlarda hastalıklar ilahi bir ceza olarak görülmüş, kimi hastalıklar için sihir ve büyü ile çareler aranmıştır. Daha sonra Mısır, Sümer ve Mezopotamya gibi birçok medeniyete ait yazılı belgelerde çeşitli bitkisel karışımlara, hastalıkların tedavisinde kullanılan yöntemlere dair bilgilere ulaşılmıştır (Baylav, 1968: 9-24; Sonnedecker, 1976: 3-5; Baytop, 1985: 5; Higby, 2006: 8).

Herkesin kendisinin eczacısı olduğu dönemde otlardan ve doğadan şifa arama olgusu ile doğadaki bu otlardan çeşitli formüllere göre hastalara veya hastalıklara deva niyetiyle karışımlar hazırlamak olgusu aynı düşünülmemelidir (Şehsuvaroğlu, 1970: 13). Bu ifadeden anlaşıldığı üzere eczacılık mesleğinin kökenleri incelendiğinde karışımların hazırlanması süreci milat olarak alınmalıdır.

Eczacılığın tarihi, ilaçların geçmişini ve bunları hazırlayanları da kapsamaktadır. Tarih öncesi çağlardan gelişmiş medeniyetlere kadar bir süre hekim, eczacı ve din adamı vasıflarının tek kişide toplandığı bilinmektedir (Anderson, 2005: 4; Baylav, 1968: 13). Yunan medeniyetinde tanrıların kızdığı zaman insanları hasta ettiğine inanılır ve rahip olan hekim-eczacılardan ya da mitolojik öğelerden şifa beklenilirdi. M.Ö. 460'ta Kos Adası'nda doğan Hipokrat, buna karşı çıkmış ve hastalıkların doğal olaylar olup kızgın tanrılarla ilgisi olmadığını açıklamıştır. Böylece Hipokrat, tıp ve eczacılığın modern bir temele oturmasını sağlamıştır (Şehsuvaroğlu, 1970: 90-94).

Hekim ile eczacının birbirinden ayrılması ise milattan sonra II. yüzyılda yaşayan Galenos (Galen-Galien)'a dayandırılmaktadır. Galenos, özellikle Galenik Eczacılık (Galenique Pharmacie) olarak tanımlanan bitkisel kaynaklı ilaçların hazırlanması ve prensiplerinin oluşturulması noktasındaki katkıları sebebiyle eczacılık tarihi açısından önemli bir isim olarak kabul edilmektedir (Şehsuvaroğlu, 1970: 192; Hahn, 1978: 19). Ancak bazı eserlerde Galenos'un hekim-eczacı olduğu ve eczacılığa daha çok önem vererek Galenik eczacılığın gelişmesine katkı sağladığı belirtilmektedir (Baylav, 1968: 55; Şehsuvaroğlu, 1970: 192; Baytop, 1985: 23).

Günümüzdeki anlamda eczacılık mesleğinin, hukuki olarak tıptan ayrı olarak okutulması ve ayrı bir bilim olarak tanınması ilk kez Avrupa'da başlamıştır. Alman İmparator II. Friedrich hekimlerin değil, eczacıların eczacılık yapmasını emrettiği genelgesi 1240'ta yayınlamış ve “ Hekimlik” ve “Eczacılık” nihai olarak birbirinden farklı meslekler haline gelmiştir (Şehsuvaroğlu, 1970: 194; Baytop, 1985: 26).

Literatürdeki bilgilerden hareketle, en eski insanlarla birlikte kullanılan bitkisel drogların hayvanlardan veya deneysel yolla öğrenilmesi ve kullanılması dönemi; ardından hekim olarak kabul edilen keşiş-din adamı-büyücülerin ilaç verme ya da ilaç yerine kullanılan büyü, sihir gibi yöntemleri içine alan din adamı-hekim-eczacının tek kişide toplandığı dini dönem; Hipokrat (M.Ö. 460) ile hekimlik ve eczacılığın din ve mitolojiden ayrıldığı dönem; eczacılığın babası olarak kabul edilen Bergamalı Galenos (M.S.130-200) ile birlikte eczacılığın tıptan ayrı bir bilim olması gerektiği savunulduğu dönem ve son olarak 1240'da yayınlanan genelge ile dönemin şartlarına göre hukuki olarak eczacılığın hekimlikten ayrı bir meslek haline geldiği dönem (Şehsuvaroğlu, 1970: 20-25, 191; Baytop, 1985: 26; Baytop, 1997: 12; Troy, 2006; Turan, 2007: 13) olmak üzere eczacılığın kökeni bu şekilde kronolojik sıraya konulabilir.

2.1.3. Değişen Eczacılık Hizmetleri ve Eczacının Dönüşen Rolü

Hem Türkiye hem de dünya açısından bakıldığında eczacıların sundukları hizmet ve üstlendikleri görevlerin zamanla değişime uğradığı söylenebilir. Eczacılar sadece ilaç sunan sağlık hizmeti sunucusu olmaktan çıkıp zamanla sağlığın korunması, geliştirilmesi ve rehabilite edilmesine kadar birçok düzeyde görev, sorumluluk ve fonksiyona sahip hale gelmişlerdir (TEB, 2003: 1). Günümüzdeki eczacılık hizmetleri ile bireylerin ve dolayısıyla toplumun daha iyi sağlık hizmeti almasında eczacılar önemli roller üstlenmektedir.

Eczacı olarak tanımlanan kişiler ve daha sonra bizzat eczacılar sosyal gelişmelerden etkilenmiş, sanayinin gelişmesi ve ilacın sanayileşmesi ile birlikte topluma sundukları hizmetler de değişime uğramıştır.

Eczacılık hizmetlerinin kronolojisi (Kanzık, 1992: 31);

- Ampirik-Galenik Dönem (- 1940)
- Bilimselleşme ve Sanayileşme Dönemi (1940 - 1970)
- Hastaya Yönelik Hizmetler Dönemi (1970 -) olarak sıralanmaktadır.

Görülmektedir ki sunulan eczacılık hizmetleri ilaç sanayisine paralel bir gelişme göstermiştir. Eczacılık mesleğinin hizmet (ilaç) üretme ve sunma dönemleri sanayileşmenin etkisinde kalmış daha sonra üretim ağırlıklı hizmet sunumu yerini zamanla ve değişen beklentiler doğrultusunda hastaya hizmet sunmaya bırakmıştır.

2.1.3.1. Ampirik-Galenik Dönem (- 1940)

Ampirik-galenik dönemde eczacılar, hastaların tedavisi ile alakalı olarak hekimlerce değerli ve vazgeçilmez kişiler olarak görülmüşlerdir (White and Latif, 2006: 1409). Birinci dönem olarak kabul edilen ampirik-galenik dönemde eczacılar bizzat kendileri ilaç üretimi gerçekleştirmişlerdir. Eczacılar, eczanenin bir köşesinde kurdukları laboratuvarlarda simgeleri haline gelen havanları (Kanzık, 1992: 31) ve diğer teçhizatlarla majistral denilen ilaçları uygun doz ve miktarda üretip hastaya bu şekilde hizmet sunmuşlardır.

1930-1940'larda ilk sentetik kökenli sülfa ilaçların keşfi ve piyasaya sürülmesi (Kırım, 1987: 148) ile doğal kaynaklı ilaçların yapıldığı, majistral ilaçların ön planda olduğu, hekim-eczacıların ilacı hazırlayıp sundukları birinci dönemin sonlandığı ifade

edilmektedir. Bu döneme ait literatür bilgisi eczacılığın kökeni bölümünde daha detaylı anlatılmıştır.

2.1.3.2. Bilimselleşme ve Sanayileşme Dönemi (1940 - 1970)

İlk hazır kimyasal ilaçların bulunması, akabinde ilacın sanayileşmesi ve Birinci Dünya Savaşı esnasında seri üretime başlanması ile ilaçta sanayileşme hızla gelişmeye başlamıştır. Sanayileşme sonucu zamanla hazır ilaçlar tedavi alanında daha çok tercih edilmiş ve raflarda daha çok yer almaya başlamıştır. İlacın üreticisi olan ve majistral ilaç hazırlaması sebebiyle üretim aşamasında hekim ile yakın ilişki içerisinde olan eczacı profilinde değişim olmuştur. Bu değişim eczacıyı “ilaç yapan” konumdan “ilaç satan” konuma doğru itmiştir (Baytop, 1995: 8; White and Latif, 2006: 1409).

Baylav'ın (1968: 446) tabiriyle eczacılık doktorun reçetesini okuduktan sonra elindeki müstahzarları, kendisi için satış komisyonu ilave ederek hastaya veren ticaret adamına yani bakkallığa dönüşmüştür. Bu dönemle birlikte ilacın dağıtıcısı haline gelen eczacıların asıl görevi olan ilaç hazırlama, majistral ilaç yapma işinin ikinci plana atıldığı ifade edilebilir.

Rönesans hareketlerinin etkisiyle 15. yüzyılda Avrupa'da kimya, biyoloji, anatomi, fizyoloji bilimlerinde önemli gelişmelerin sağlanması, biyoloji bilimlerinde hassas ve gelişmiş cihazların keşfedilmesiyle biyolojik yapıların bilinmeyen ve o zamana kadar çözümlenememiş yönlerinin açıklığa kavuşması ile ilacın üretimi ve ilaç konusu kimyacı ve biyologların ilgi ve çalışma alanı haline gelmiştir (Baytop, 1985: 46; Kanlık, 1992: 31). Böylece eczacının ürünü olan ilaç multidisipliner bir ürün haline dönüşmüştür.

Yirminci yüzyılın başlarında ilaç endüstrisinin gelişmesi, hekimlerin hazır ilaçları tercih etmeleri ve eczacılığa yönelik çeşitli kısıtlayıcı politikaların uygulanması eczacılık mesleğinin alanı daraltılmıştır. Örneğin, o dönemlerde eczacının görevlerinden biri hastasının reçetesiz ilaç isteği doğrultusunda hasta yararına ilaç tavsiyesinde bulunmak iken; 1922-1969 yılları arasında Amerika İlaç Derneği (American Pharmaceutical Association- APhA) tarafından eczacıların hastaları ile ilaç ve ilacın terapötik etkileri üzerine konuşması yasaklanmıştır (Hepler and Strand, 1990: 534).

Bilimselleşme ve sanayileşme döneminin sonlarında ilaç üzerine yoğun eğitim alan ve ilacın tek uzmanı olarak kabul gören eczacılar mesleki dönüşümleri ile birlikte

ilacın taciri olurken eczanelerin de sağlık hizmeti sunulan yerlerden daha ziyade ilaē satılan dükkanlara dönüştürüldükleri söylenebilir.

2.1.3.3. Hastaya Yönelik Hizmetler Dönemi (1970 -)

1970'lere gelinen dönemde ilaē sanayisinde yaşanan gelişmeler ile birlikte spesifik ve güçlü sentetik ilaēlar üretilmeye başlanmıştır. Ancak bu ilaēların insan sağlığı açısından yan etkileri olabileceğinden eczacılara, modern ilaēlar olan sentetik kökenli hazır ilaēların doğru kullanımı noktasında sorumluluklar verilmiştir. Eczacılar, ilaē satışı yanında ilaca dair bilgileri hastaya ve topluma sunmaya başlamış ve böylece sağlık hizmeti sunumundaki rollerinde değışim başlamıştır (WHO, 1994: 8).

Hepler ve Strand (1990: 533) yirminci yüzyıl eczacılığında geleneksel dönem, geçiş dönemi ve hasta bakım dönemi olarak üç dönemin olduğunu ifade etmektedir. Eczacıların geleneksel dönemdeki hazır ilaēları tedarik etmek ve satışa sunmak rolleri zamanla bilgi ve yetenekleri doğrultusunda hizmet sunmaya ve son olarak hasta bakımı sunucusuna doğru dönüşmüştür (Wiedenmayer et al., 2006). Ayrıca bu dönüşüm halk sağlığı açısından ve sağlık hizmeti sunumunda önemli bir paydaş olarak kabul edilmesi gereken eczaneleri bir ticaret kurumu olmaktan çıkartması ve mesleğin değer kazanması açısından önem taşımaktadır (Anderson, 2007; Eroğlu vd., 2016: 76).

Hasta odaklı bakım anlayışıyla ilaē tedavisinin sağlanması ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesi çabasıyla eczacıların sundukları hizmet şekli değışmiş ve bu anlayış doğrultusunda eczacılık hizmetlerinde yeni kavramlar doğmuştur. Bu kavramlar arasında; özellikle farmasötik bakım ve klinik eczacılık kavramlarından bahsetmek gerekmektedir. Bu iki kavramın doğuşu eczacıların aldıkları eğitim ile sahip oldukları bilgi birikimlerine oranla potansiyellerini tam olarak kullanmasına olanak tanımasa da, meslek açısından önemli bir gelişme olarak kabul edilmektedir (Hepler, 2004: 1492; Wiedenmayer et al., 2006). Bu kavramların eczacılık hizmetlerinde yer edinmesi eczacılık mesleğinin dönüşümü ve eczacıların üstlendiğı sorumluluklar açısından kritik bir gelişme olarak değerlendirilebilir.

Hastaya yönelik hizmetler döneminin başlangıcı olarak 1960'larda "klinik eczacılık" kavramının doğuşu kabul edilmektedir. Klinik eczacılık, 1960'lı yıllarda Amerika Birleşik Devletleri'nde, 1980'li yıllarda ise Avrupa'da uygulanmaya başlamıştır (Hepler and Strand, 1990: 534; Aypar vd., 2014: 48).

Amerikan Klinik Eczacılık Derneği (American College of Clinical Pharmacy-ACCP) tarafından klinik eczacılık; eczacılar tarafından hasta bakımı kapsamında farmakokinetik, terapötik (tedavi bilimi), farmakoloji ve toksikoloji gibi bilimlerin bilimsel prensiplerini hasta yararına kullanılmasını içeren somut bir sağlık bilimi uzmanlığı ya da disiplini olarak tanımlanmıştır (Ives and Maddux, 2004: 1). ACCP'nin kısaltılmış tanımında klinik eczacılık, rasyonel ilaç kullanımının bilim ve uygulaması ile ilgili eczane alanı olarak tanımlanmaktadır (ACCP, 2008: 816).

Son yıllarda eczacıların klinik anlamda onkoloji dahil pek çok alanda aktif olarak görev almaya başladıkları belirtilmektedir. Bu alanlarda eczacının geleneksel görevleri olan ilaç hazırlama, karıştırma, sterilite vb teknik işlerin yanı sıra hastaların eğitimi, tedavi uyuncunun artırılması, yan etkilerin bildirilmesi, hasta danışmanlığı, destekleyici tedaviler gibi klinik görevlerde kritik rolleri gerçekleştirmektedirler (Aypar vd., 2014: 51).

Klinik eczacılık içerdiği klinik kelimesinden dolayı çoğu zaman hastanede sunulan eczacılık hizmeti olarak algılanmasına rağmen aslında hasta odaklı eczacılık olup sadece hastane ile sınırlı hizmet vermekten ziyade serbest eczacıların da yerine getirebileceği bir alan olarak kabul edilmektedir (Aypar vd., 2014: 48; Güngör, 2016: 28; Url 8).

Klinik eczacılık ile eczacılık tekrardan canlandırılıp meslek yeniden şekillendirilirken (Shirkey, 1977: 674) eczacılığın hasta odaklı bir mesleğe doğru dönüşümünde eczacılar "görünmez" bir sağlık bakım uzmanı olarak tanımlanmışlardır (Adamcik et al., 1986: 1187). Klinik eczacılık eczacılığın dönüşümü içerisinde eczacılara tekrardan sağlık meslek mensubu olma yolunu açmıştır.

Eczacılığın dönüşümde önemli bir merhale olan diğer kavram farmasötik bakımdır. Hepler ve Strand (1990: 539) tarafından farmasötik bakım; hastaların yaşam kalitesini geliştirecek kesin sonuçlara ulaşmak amacıyla ilaç tedavisinin sorumlu bir şekilde sağlanması olarak tanımlanmıştır. Uluslararası İlaç Federasyonu (FIP) 1998 yılında “hastaların yaşam kalitesini geliştirmek ve sürdürmek” olarak tanıma ekleme yapmıştır (Wiedenmayer et al., 2006: xi).

Benzer şekilde Berenguer ve arkadaşları (2004: 3935), farmasötik bakımın bir hastanın yaşam kalitesini iyileştirmek veya sürdürmek için pozitif sonuçların elde edilmesi amacıyla ilaç tedavisinin etkin ve kontrollü bir şekilde sağlanması anlamını

taşıdığını belirtmişlerdir. Farmasötik bakım, özellikle ilaç ve sağlık ile ilgili sorunları önlemeyi veya tanımlamayı amaçlayan eczacı-hasta işbirliğini gerektiren bir bakım süreci olarak tanımlanmaktadır.

İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzunda (2014: md. 4/g.) farmasötik bakım *“hastanın ilaçlardan en iyi şekilde faydalanması için eczacı tarafından bilgi ve danışmanlık hizmetinin verilmesi, ilaç tedavisinin izlenmesi ve eczacının öncelikli olarak hasta sağlığını gözetmesi esasına dayalı hasta odaklı eczacılık hizmeti”* olarak tanımlanmıştır. Güngör (2015: 21), farmasötik bakımı kısaca *“eczacının tüm bildiklerini hasta yararına kullanması”* olarak tanımlamıştır.

Farmasötik bakım ile klinik eczacılık kavramlarına bakıldığında yakından ilişkili oldukları görülmektedir. Hepler (2004: 1492) yayınladığı çalışmasında klinik eczacılık ve farmasötik bakımın birbirinin tamamlayıcı hizmetler olduğuna vurgu yapmıştır. Klinik eczacılık uygulamalarının, farmasötik bakım felsefesini benimsediğini belirtmiştir. Bu bağlamda eczacılardan, hastanın tedavi sürecinin başarıya ulaşması için terapötik bilgi ve deneyimlerini kullanmaları, hastayla ilgilenmeleri ve yönlendirme yapmaları beklenmektedir (ACCP, 2008: 816).

Sonuç olarak 1970’lerden günümüze değişen eczacılık hizmetleri neticesinde eczacıların hasta odaklı hizmet anlayışı ile farmasötik bakımı içeren klinik eczacılık hizmeti sunmaya başlamışlardır. Farmasötik bakım ile eczacıların, hastalara ve dolayısıyla topluma ilaç tedariki ve kullanımını anlatmanın yanında danışmanlık bağlamında sağlık hizmeti sunmaları gerektiği söylenebilir.

2.1.4. Sağlık Sisteminde Eczanelerin Yeri

Serbest eczacılar, sağlık kuruluşları bağlamında sayıca fazla olmaları, halkla iç içe ve kolay ulaşılabilir olmaları, mesleki uzmanlıkları ile hastalara sağlık hizmeti sunabilecek yetiye sahiptirler. Bu özellikleri ile eczacılar topluma en yakın sağlık danışmanı ve ayrıca sağlık sisteminin hem ilk durağı hem de son durağı diğer bir deyişle sağlık sisteminin giriş çıkış kapılarıdır (Güngör, 2015: 22, 74, 85; Üney, 2016: 102). Eczanelerin ilk durak olmaları hekime veya tedaviye doğru yönlendirmede önemliyken; son durak olmaları ise ilaç uyuncunun sağlanması, ilaç ve tedaviye dair her türlü bilgiyi sunmaları, sağlıklı yaşam adına öneri ve tavsiyelerde bulunabilmeleri halk sağlığı açısından önemlidir.

DSÖ raporuna göre eczacılar, sağlık kuruluşları ve toplum içinde sayıca fazla olup hasta refahını sağlamak adına hastanın daha kolay ulaşabilecekleri kişilerdir. DSÖ tarafından eczacılar ilaç yönetimi ve bilgisi konusunda profesyonel kişiler olarak kabul edilirken genel sağlık bilgisi konularında da topluma danışmanlık yapabilecek kişiler olarak görülmektedirler (WHO, 1994: 4). Eczacılar ve eczaneler, bireylerin kolay ulaşabildikleri yerlerde olmaları ve profesyonel sağlık hizmeti sunucuları olarak danışmanlık yapabilmeleri sebebiyle sağlık örgütlenmesi içerisinde önemli bir yere sahiptirler.

Sağlık çalışanları olan eczacılar, özellikle ilaçların potansiyel faydası ile gerçekleşen gerçek değer arasındaki boşluğun kapatılmasında önemli bir rol oynamaktadırlar. Ayrıca toplum içerisinde eczacılar, hastaların sağlıkla ilgili sorunlarını danışabilecekleri sağlık profesyonelleri olarak kabul edilmelidirler. Sağlık ürünleri ve hizmetleri eczacıdan alınabildiğinden, bu noktada bazı problemler çözülebilir ve hastalar gerekli durumlarda hastanelere veya diğer sağlık hizmeti sunucularına yönlendirilebilir (WHO, 2011).

Sağlık sistemleri içerisinde eczanelerin konumlandırılmasının ülkelerin gelişmişlikleri ile de alakalı olduğu söylenebilir. Anderson ve arkadaşlarına (2009) göre gelişmekte olan ülkeler için eczane, çoğu zaman sağlıklı yaşam tavsiyeleri ve sağlık hizmeti almak için en erişilebilir hatta tek erişilebilir sağlık hizmeti sunucusu olarak ifade edilmiştir. Sağlık sistemleri içerisinde konumlandırılması gereken eczacıların değişen eczacılık rolleri de düşünüldüğünde önemli bir sağlık hizmeti sunucusu oldukları sonucuna varılabilir.

DSÖ (2011), sağlık hizmeti sunumunda eczacıların bilgi ve yeteneklerinden etkin faydalanılabilmesi ve değişen eczane rollerinin hayata geçirilmesi için eczanelerin sağlık sisteminin bir parçası ve paydaşı olacak şekilde konumlandırılmalarını önermektedir.

2.1.5. Sağlık Hizmeti Sunumunda Eczacıların Sorumlulukları

Daha önce tanımı yapıldığı üzere eczacı, ilacı derinlemesine bilen uzmandır. Dolayısıyla ilaçların doğru ve güvenli bir biçimde hazırlanması, kullanılması ve saklanması eczacıların sorumluluğundadır. Bu klasik görevlerinin yanı sıra değişen eczacılık rolleri paralelinde eczacıların görev ve sorumlulukları da değişime uğramıştır.

DSÖ'ne göre eczacılar, ilaç kullanımı dahil olmak üzere halk sağlığında önemli rol oynamalıdır. Eczacılar ilaç ve ilaçların kullanımı, farmasötik bakım sunumu, hastalıkların önlenmesi, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konularında aktif katılım göstermelidirler. Eczacılar hastalarına bilinçli ve objektif tavsiyelerde bulunmalı ve tüm bu sorumlulukları yerine getirmelidirler (Wiedenmayer vd., 2006: 17).

Sağlık hizmetinde optimal fayda elde edilmesi için eczacıların sahip olması gereken nitelikler DSÖ gibi uluslararası kuruluşlarca standardize edilmiştir. DSÖ'nün 1997 yılında Kanada Vancouver'da gerçekleştirilen toplantıda "Geleceğin Eczacısını Hazırlamak: Müfredat Geliştirmek" konulu rapor yayınlanmıştır. Raporda çağın ve geleceğin eczacılarının değişen rollerini uygulayabilmeleri için özel bilgi, yetenek ve davranışlara sahip olmaları gerektiği üzerinde durulmuştur. Görüşmeler sonrası eczacıların "seven star pharmacist" olarak isimlendirilen yedi nitelik ile donatılması gerektiği üzerinde anlaşmaya varılmıştır. (WHO, 1997: 3-4). Buna göre eczacılar;

- Bakım verici (Care-giver),
- Karar verici (Decision-maker),
- Lider (Leader),
- Yönetici (Manager),
- Ömür boyu öğrenici (Life-longer learner),
- Öğretici (Teacher),
- İletişimci (Communicator) olmalıdırlar.

Bu nitelikler değerlendirildiğinde eczacıların, en kolay ulaşılabilen yüksek kalitede *bakım verici* olmaları, hastalar adına en uygun ilaç tedavisinde *karar verici* olmaları, hastalara, topluma ve kendilerinden sonra gelen meslektaşlarına bilgi ve tecrübelerini aktarmaları yönünde *öğretici* olmaları, ilaç tedavisinin başarı ile sonuçlanması başta olmak üzere tedavi uyuncunun sağlanması ve hasta memnuniyetinin elde edilmesi gibi amaçları yerine getirmek için *iletişimci* olmaları gerekmektedir.

Klinik eczacıların uygulama, araştırma ve eğitim alanında mükemmelliğe ulaşmasını hedefleyen profesyonel ve bilimsel bir topluluk olan ACCP'ye göre klinik eczacılık hizmetinde yerine getirilen sorumluluklar belirlenmiştir. Eczacılar (Aypar vd., 2014: 48; Url 9):

- Hasta için reçetelenmiş ilaçların, hastaya olası yararının sağlanması amacıyla hastalar ile doğrudan iletişim halinde çalışırlar,

- Hastanın sağlık sorunlarını ve durumlarını değerlendirirler,
- Hasta için yazılan reçetede ki ilaçların hastanın gereksinimleri ve tedavi hedeflerini optimum düzeyde karşılıyıp karşılamadığını değerlendirirler,
- Hastanın ilaç tedavisini uygunluk ve etkililik yönünden değerlendirirler,
- Uygun ilaç tedavisi ile iyileştirilebilecek veya çözümlenebilecek tedavi edilmemiş sağlık sorunlarını tanımlarlar,
- Hastanın kullanmakta olduğu ilaçların hastanın sağlığı üzerine etkilerini belirlemek üzere hasta takibi yaparlar,
- Hastaya ilaçlarını en iyi şekilde nasıl kullanabileceğine dair tavsiyede bulunurlar,
- Hastanın ihtiyaçlarına en uygun ve tedavi hedeflerine ulaşılmasında etkin katkı sağlayacak ilaçların seçiminde hastanın hekimi ve diğer sağlık profesyonelleri ile iletişim halindedirler,
- Hekimin veya sağlık hizmeti sunucularının hastadan istedikleri egzersiz, diyet ve bağışıklama gibi koruyucu sağlık hizmetinin etkinliğini sağlarlar,
- Sağlığı iyileştirmek veya sürdürmek konularında hasta eğitimini desteklerler,
- Hastayı gerektiğinde hekim veya diğer sağlık profesyonellerine yönlendirirler.

Farmasötik bakım felsefesini benimseyen klinik eczacılık uygulamaları hasta ile doğrudan iletişim, bilgilendirme ve gerektiğinde hekime veya ilgili hizmet sunucularına yönlendirme gibi faaliyetleri içermektedir. Etkin ilaç tedavisi başta olmak üzere hastaya sağlıklı yaşam konularında danışmanlık yapılması eczacıların değerşen rolleri bağlamında sorumlulukları arasında sayılmaktadır.

DSÖ ve Uluslararası İlaç Federasyonu (FIP) işbirliğiyle hazırlanan “Gelişmekte Olan Eczane Uygulaması: Hasta Bakımına Odaklanmak” isimli el kitabında klinik eczacılık ve farmasötik bakımın dışında eczacıların sundukları bazı hizmetlere yer verilmiştir. Bu hizmetler (Wiedenmayer et al., 2006: 7-12);

- Kanıtı Dayalı Eczacılık,
- Hasta İhtiyaçlarını Karşılama,
- Kronik Hasta Bakımı,
- Kendi Kendine Tedavi (Self-medication),
- Farmasötik Bakım Hizmetlerinde Kalite Güvencesi,

- Farmakovijilans sayılmaktadır.

Bu hizmetlere bakıldığında eczacıların, hasta merkezli hizmet anlayışıyla hasta ihtiyaçlarına yöneldikleri, kronik hastaların tedavisinde etkin rol oynayarak ilaç tedavisinde başarıyı hedefledikleri, ilaç yan etkilerinin tespit edilmesi ve değerlendirilmesi amacıyla farmakovijilans hizmeti sundukları söylenebilir. Ayrıca ilacın uzmanı olmaları sebebiyle eczacılar, yaygın hastalıklarda hekim reçetesi olmaksızın tedavi ve tavsiye noktasında “kendi kendine tedavi” hizmeti sunabilmektedirler (Wiedenmayer vd., 2006: 7-12). Bu görevler değerlendirildiğinde eczacının sağlık danışmanı olduğu sonucuna varılabilir. Nalbantoğlu , eczacılık mesleğinin en değerli ve vazgeçilmez görevlerinden birinin sağlık danışmanlığı olduğunu bildirmektedir (Akt; Güngör, 2015).

Kısaca hasta danışmanlığı sürecinde eczacının sorumlulukları; doğru ilacı, doğru dozda kullanılmasını sağlamak, uygun kullanım şeklini açıklamak, yan etkiler ve besin ilaç etkileşimleri hakkında bilgilendirmek, tedavi sürecini anlaşılır hale getirmek ve sağlıklı yaşam adına gerekli tavsiyelerde bulunmak olarak sıralanmıştır (Güngör, 2015: 76).

2.1.6. Türkiye’de Eczacı ve Eczacılık

Bu başlık altında Osmanlı’dan günümüze Anadolu topraklarında eczacıya ve eczacılığa dair gelişmeler kronolojik sıraya göre verilmiştir. Ayrıca Türkiye’de eczacı, eczane ve eczacılık eğitimi veren kurumlara ilişkin bilgiler ve eczacılığa dair sayısal veriler paylaşılmıştır.

2.1.6.1. Osmanlı Döneminde Eczacı ve Eczacılık Hizmetleri

Osmanlı döneminde Selçuklulardan miras kalan şifahaneler gibi darüşşifalar kurulduğu ve bu büyük yapıların içerisinde müstakil eczaneler olmamakla birlikte ilaç yapan kişilere yer verildiği bilinmektedir. Bursa (1400), Fatih (1470), II. Bayezid (1486) ve Süleymaniye (1555) Darüşşifalarının vakfiyelerinde ilaç hazırlama işleri ile uğraşan kişilere “şerbetiyân”, “uşşabân”, “aşşâb”, “edviyekûb” gibi isimlerin verildiği belirtilmektedir. Ancak bunlar eczacı değillerdir. Bu dönemlerde Akrabadin adı verilen

eczacı kitapları olmakla birlikte bu eserlerde eczacılardan bahsedildiği tespit edilmemiştir. (Baylav, 1968: 130-135; Baytop, 1985: 92; Yıldırım, 2009: 273).

Osmanlı'da 17. yüzyılda eczane diye ayrı bir müessese olmamakla birlikte Evliya Çelebi, o dönemlerde İstanbul'da hekimlerce açılmış 700 tane dükkan ve oralarda çalışan 1000 kişinin varlığından bahsetmektedir. Ayrıca Osmanlı'da eczaneler dışında eczacılık işleri ile uğraşan birçok esnaf grubunun halka hizmet sunduğu ifade edilmektedir. Evliya Çelebi'nin aktardığına göre Osmanlı döneminde aktarlar (attar), macuncular, gülâpçılar (gülsuyu satıcısı), amberciler, buhurcular, meşrubat-ı devacılar, edhan-ı edviyeciler (ilaç yağları satıcısı) gibi bitkisel ilaçlar satan esnaf grubu bulunmaktadır (Baylav, 1968: 135; Yıldırım, 2009: 273). Dönemin koşulları göz önüne alındığında yukarıda ismi zikredilen esnaflar ürettikleri deva amaçlı yağ, şerbet, macunlar ile halkın sağlık ihtiyacını karşılamışlardır.

Osmanlı döneminde eczacılık mesleği ayrı bir meslek olarak kabul edilene değin eczacı ve hekim tek kişi olup, ilaçlar hekimler tarafından hazırlanmıştır. Dünyada ortaçağda son bulan bu durum, Anadolu'da 19. yüzyıla kadar devam etmiştir (Baylav, 1968: 135, 213)

1839'da eğitime başlayan Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane (Askeri Tıp Okulu) içerisinde Fransızca eğitim verilen eczacılık sınıfının kurulması eczacılık mesleği için önemli olan bir adımdır. Buradan mezun olanlar genellikle saray ve ordu için hizmet sunarken 1873'ten itibaren Mekteb-i Tıbbiye-i Mülkiye'den (Sivil Tıp Okulu) diploma almaya başlayan sivil eczacılar, halka hizmet sunmak amacıyla eczane açmaya başlamışlardır. Böylece 19. yüzyılda Osmanlı'da da eczalığın hekimlikten ayrı bir bilim olduğu kabul edilmiştir (Baylav, 1968: 206-219).

Baylav (1968: 213), Türkiye'de eczacılığın gelişimine dair düşüncelerini şu şekilde özetlemektedir: Eczacılık ve hekimlik 19. yüzyıla kadar dünyadaki gelişmelerden habersiz kalmıştır. 1840'da Ahmed Mustafa⁴'nın eczacı unvanı alması ile eczacılık karanlıktan alaca karanlığa dönmüştür. Bir süre daha üvey evlat dönemi yaşadıktan sonra 1870 yılında Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane'de ayrı eczacılık okulunun açılmasıyla eczacılık mesleği tıptan ayrı bir kimlik kazanmıştır.

Osmanlı'nın ilk eczanesi 1757'de Bahçekapı semtinde açılan “İki Kapılı Eczâhâne” olarak bilinmektedir. İlk açılan eczaneyi yine yabancı uyruklu kişilerce

⁴ Türkiye'de ilk eczacı diploması alan kişi.

açılan eczaneler takip etmiştir ki 1868 yılına gelindiğinde İstanbul’da, yabancılar tarafından işletilen 44 tane eczane kayıtlara geçmiştir (Baytop, 1985: 96-98). 1885 yılına kadar açılan eczanelere bakıldığında yabancı uyruklu kişilerce işletildiği ve eczacılığın yapancılara elinde olduğu görülmektedir.

Osmanlı’da 1868 yılında eczane sayısının 60’a ulaştığı, bu eczanelerin İstanbul’da yer aldığı ve sahiplerinin yabancı uyruklu olduğu bilinmektedir (Turan, 2007: 89). Osmanlı’da Hamdi Bey tarafından ilk Türk eczanesi 1895-96 yıllarında açılana kadar yabancı uyruklu eczacıların açtığı eczaneler hizmet sunumunda bulunmuştur. Hamdi Beyi Ethem Pertev, Mehmet Kazım, Hasan Rauf gibi isimler takip etmiş ve böylece Türkler de eczacılık hizmeti sunmaya başlamıştır (Baylav, 1968: 229). Osmanlı eczacıları yetişmeye ve meslekte yerlerini almaya başlamışlardır.

Baytop (1995), “Eczâhâne’den Eczaneye” isimli eserinde Osmanlı eczacısını “(...) bankosu, terazisi ve havanı başında, verilen reçete uyarınca, her bir hasta için özel ilaç hazırlamak amacıyla bütün gün çalışan, aynı zamanda mahallenin sağlık danışmanlığını yapan, (...), çalışkan, fedakâr ve alçakgönüllü” kişiler olarak tanımlamıştır.

Osmanlı dönemindeki eczacılık hizmetlerine bakıldığında eczanelerde ilaç hazırlama ve sunma hizmetinin yanı sıra hekimlerin hasta kabul ve muayenelerini gerçekleştirdikleri görülmektedir. Bu dönemde sivil hekimliğin (tababetin) eczanelerde yapıldığı kaynaklarda belirtilmektedir. Başka bir deyişle eczaneler, eczacının sanatının icra ettikleri yerler olmakla beraber hekimlerin tababet yaptıkları yerler olarak da hizmet sunan birimler haline gelmişlerdir. Benzer durumun Avrupa’da da görüldüğü bilinmektedir (Baylav, 1968: 243-244).

Eczacılık mesleğine dair hukuki gelişmelere bakıldığında eczacılıkla ilgili ilk mevzuat çalışması 1853 yılında yayımlanan ve eczane sayısını sınırlayıcı hükümler içeren “Nizamname-i Eczacıyan” olmuştur. Bu düzenlemeden sonra 1860 (kimi kaynağa göre 1961) tarihli “Belediye İspençiyarlık Sanatının İcrasına Dair Nizamname” si yayımlanmıştır. Bu nizamname ile eczacılık mesleğinin tanımı yapılmış, sorumlulukları belirlenmiş, eczane açma şartlarına bağlanmıştır (Baylav, 1968: 249; Turan, 2007: 25; Uğurlu, 2008: 214).

2.1.6.2. Cumhuriyetten Günümüze Eczacı ve Eczacılık Hizmetleri

Cumhuriyet dönemine gelindiğinde diğer alanlarda olduğu gibi eczacılık alanındaki ilk icraatların kanuni düzenlemeler ile başladığı görülmektedir. Yapılan önemli düzenlemeler;

- 1928 yılında yayımlanan ve halen de yürürlükte olan 1262 sayılı “İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu”⁵,
- 1953 yılında yayımlanan 6197 sayılı “Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun”⁶,
- 1954 yılında yayımlanan “Müstahzar İmalathaneleri Talimatnamesi”⁷,
- 1956 yılında yayınlanan 6643 sayılı “Türk Eczacıları Birliği Kanunu”⁸.

Yapılan bu düzenlemeler ile ilaç ve eczacılık devlet kontrolü altına alınmış; eczacıların sorumlulukları, görevleri ve sınırlılıkları kanunlar ile belirlenmiş, eczane açma ve diğer işlemler kurallara bağlanmış, eczacılık resmi anlamda kuralları belli bir meslek olarak tanımlanmıştır. Eczacılık kanunlarla güvence altına alınmış, diğer mesleklerden ayrılıp ilaç ile uğraşan tek meslek olarak kabul edilmiştir.

Türkiye’de 1950’li yıllar eczacılık mesleği için dönüm noktası olmuştur. Özellikle 1954 tarihli “Müstahzar İmalathaneleri Talimatnamesi” gereğince eczanelerde ilaç üretiminin yasaklanması (Turan, 2007: 21), artan müstahzar ilaçların etkisi ve müstahzar ilaca talebin artması ile bilime dayalı sanat icra eden ilaç üreten eczaneler ticari bir kuruma dönüşmüşlerdir (Güven, 2015: 28). Bu gelişme ile ilaç üretilen yerler olan eczaneler sadece ilaç satan kurumlara dönüşmeye başlamışlardır.

Eczanelerin ticarethanelere dönüşmesi sağlık hizmeti sunumunda ilacın etkinliğini sağlamakla görevli serbest eczacıların ayakta kalabilmesi için eczanelerini ticarethane mantığıyla işletmeleri gerekliliğini doğurmuştur. Bu yüzden ilacı hastaya ulaştırırken bile eczacılık hizmetlerini zaman zaman yerine getiremez olmuşlardır (Tanker, 1984: 79).

Türkiye’de eczaneler ilaç satan ticarethaneler olarak; eczacılar da oraları işleten tacirler olarak faaliyet göstermiş denilebilir. Ancak değişen eczacı rolleri bağlamında hastaya yönelik hizmet anlayışının değer kazanması ile ülkemizde de eczacılık

⁵ 1262 sayılı İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu, Resmi Gazete Tarihi: 26.05.1928 Sayısı: 898

⁶ 6197 sayılı Eczacılar Ve Eczaneler Hakkında Kanun, Resmi Gazete Tarihi: 24.12.1953 Sayısı: 8591

⁷ Müstahzar İmalathaneleri Talimatnamesi, Resmi Gazete Tarihi: 08.02.1954 Sayısı: 8633

⁸ 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanunu, Resmi Gazete Tarihi: 02.02.1956 Sayısı: 9223

mesleğinin dönüşmeye başladığı ve kanun bağlamında eczanelerin sağlık sistemi içerisinde yerini aldığı söylenebilir.

Türkiye’de 2008 yılında yayımlanan Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)’nde basamaklandırılmayan sağlık hizmeti sunucusu olarak tanımlanan eczaneler (27012 sayılı (mükerrer) Resmi Gazete, 2008, md. 2.4/a) , 2009 yılı resmi gazetede yayımlanan değişiklik ile birinci basamak sağlık kuruluşu olarak tanımlanmıştır (27125 sayılı Resmi Gazete, 2009). Böylece eczacıların sunduğu hizmet birinci basamak sağlık hizmeti olarak tanımlanmış ve eczacılara sağlık sistemi içerisinde önemli sorumluluklar verilmiştir.

Eczacılara bakıldığında üretici, hekim, hasta ve ilaç arasında arayüz olarak görev yaptığı görülmektedir. Bu sebeple DSÖ, genel sağlık sistemlerinde eczacıların daha katılımcı konuma getirilmesi ve ilaca dair derin bilgilerinden daha geniş bir şekilde yararlanılması noktalarında önerilerde bulunmaktadır (Wiedenmayer et al., 2006: 17). Bu bağlamda değerlendirildiğinde Türkiye’de eczanelerin birinci basamak kuruluşu haline getirilmesi yerinde bir karardır.

Uzunoglu ve arkadaşları (2007: 30, 88) tarafından yapılan bir araştırmada serbest eczacılar, ilaç ve ilaç kullanım bilgisini eksiksiz sağlama, hekime yönlendirme ve tedavinin takibi noktalarında sorumluluk almaları gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca eczacıların, hastalara tedavi süreçlerini sağlıklı bir şekilde sürdürmeleri için danışmanlık hizmeti sunmaları gerektiği belirtilmiştir.

Türkiye’de eczacıların görev ve sorumlulukları şu şekilde sıralanabilir (Türk Eczacıları Deontoloji Tüzüğü, 1968; Eczacılık ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik, 2014; İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu, 2014);

- Eczacı meslektaşlarıyla, hekim ve veteriner hekimlerle işbirliği içerisinde öncelikli olarak insan ve hayvan sağlığını gözetlemelidir.
- Hastalıkların teşhisi, tedavisi ve hastalıklardan korunması aşamalarında kullanılan doğal ve sentetik kaynaklı ilaç hammaddeleri elde edilmesinden, bu hammaddelerden değişik farmasötik tipte ilaçların hazırlanmasından ve hastaya sunulmasından sorumludurlar.
- İlaç analizlerini yapmalıdır.
- İlacın güvenliği, etkililiği ve maliyeti bakımından değerlendirmeler yapmalıdır.

- İlaç ve diğer tıbbi ürünlerin güvenli kullanımlarının sağlanması adına yan etkilerin (advers) sistematik bir şekilde izlenmesi, bilgi toplanması, kayıt altına alınması, değerlendirilmesi ve bu ürünlerin yol açabileceği zararın önlenmesi için farmakovijilans çalışmalarına katılmakla sorumludur.

- Akılcı ilaç kullanımı konusunda toplumsal farkındalığın oluşturulmasında etkin rol almalıdırlar

- İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası esnasında oluşabilecek potansiyel risklere karşı hasta, toplum ve çevre bilincinin oluşturulmasında ve sorunların çözümünde aktif görev almalıdır.

- Hastaya ve diğer müşterilere eczacılık hizmeti bizzat ve her zaman eczacı tarafından sunulmalıdır.

- Eczacı, hastalarına ve diğer müşterilerine, hastalıkları veya uygulanan tedavi yöntemine dair soruları dahil sorunlarına maneviyatını yükseltecek, ümit verici ve teselli edici ifadelerle cevap vermelidir.

- İlaçları verirken, ilaçların hastanın gereksinimleri ile uyumlu, reçete edilme amacına uygun ve güvenli olmasına dikkat etmelidirler.

- Eczacı, görev ve sorumlukları çerçevesinde, hastanın ilaçlardan en iyi faydayı sağlaması için sağlık danışmanlığı hizmeti vermelidir.

- Reçeteye tâbi olmayan ilaçlar ve diğer sağlık ürünleri konularında da hastanın gereksinimlerine uygun, güvenli ve akılcı bir şekilde danışmanlık hizmeti vermelidir.

- İlaç ve sağlık danışmanı olarak eczacı, toplumu hastalık riskleri konusunda bilgilendirme, risklerden korunma yollarını anlatma, riskli bireyleri erken tanı ve tedavi için doktora yönlendirme gibi görevleri yerine getirerek koruyucu sağlık hizmeti sunumunda aktif rol oynamalıdırlar.

- İlaç ve diğer sağlık ürünlerinin hastayı mağdur etmeyecek şekilde temin edilmeli, hastaya sunulan ilaçların kullanım talimatları ayrıntılı olarak anlatılmalı, anlatılanların hasta tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı teyit edilmelidir.

- Eczacı, ilaçların doğru kullanımının anlaşılmasına yönelik olarak ilacın adı, dozu, kullanma zamanları, kullanım şekli, saklama koşulları, ilaç kullanımında dikkat edilmesi gereken hususlar, ilacı kullanırken kaçınılması gereken gıda ve diğer ilaçlar, ilaç alımı sonrasında karşılaşılabilecek sonuçlar, ilaç yan etkisi tepkimeleri ve ilaç yan

etkilerinin Türkiye Farmakovijilans Merkezi'ne (TÜFAM) bildirilmesi gibi konularda hasta ve diğer müşterileri bilgilendirmelidir.

- Eczacı, görüşme esnasında hastanın eğitim durumu göz önünde bulundurup teknik ve tıbbi terimler kullanmaktan kaçınmalı, sunduğu bilgilerin basit, açık ve kolay anlaşılabilir olmasına dikkat etmeli, bu bilgilerin tedavi açısından önemini vurgulamalıdır.

- Eczacı ilacın kullanım şekli, dozu ve varsa diğer önemli hususlar hakkında hastalara sözlü bilginin yanı sıra ambalaj üzerine yazarak da bilgi verebilir.

- Eczacı, hastalarına karşı iyi bir dinleyici olmalıdır.

Yukarıdaki ifadelerden hareketle Türkiye'de eczacıların görev ve sorumluluklarını ilaç kullanımına dair “bilgilendirme” yapmak, hastalar ve hekimler ile “işbirliği” içerisinde olmak, “koruyucu ve geliştirici sağlık hizmeti” sunumunda aktif rol almak, hastalar ve müşteriler ile güçlü “iletişim” halinde olmak ve bu dört kategori ile ilintili “sağlık danışmanlığı” yapmak şeklinde beş temel kategoriye ayırmak mümkündür.



Şekil 5:Eczacıların Görev ve Sorumlulukları **(Kaynak:** Araştırmacı tarafından literatür bilgilerine dayandırılarak oluşturulmuştur.)

Türkiye’de eczacıların sağlık danışmanlığı, bilgilendirme ve yönlendirme yapmaları gerektiği, hastalarla iletişim kurmaları gerektiği eczacılık mevzuatında açıkça yazmaktadır. Ayrıca eczacılık mevzuatında birinci basamak sağlık hizmeti olarak

basamaklandırılan eczanelere, sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmet sunumunda önemli görevler verilmiştir.

Eczacılık hizmetlerinin geçmişine bakıldığında Adalet ve Kalkınma Partisi iktidarının uygulamaya koyduğu “Sağlıkta Dönüşüm Programı” kırılma noktası olarak yorumlanabilir. Türkiye’de SDP ncesi sosyal güvenlik sistemlerinde SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart olmak üzere parçalı bir yapı bulunmaktaydı. Bu parçalı yapıya bağlı olarak da çok farklı uygulamalar ile sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirilmekteydi. Bu parçalı yapıdan etkilenen hizmetlerden birisi eczacılık hizmetidir. SDP ncesi SSK’lılar, SSK’ya bağlı hastane veya dispanserlerin bünyesinde çalıştırılan eczanelerden; Bağ-Kur’lular kurumla anlaşmalı eczanelerden ilaç temin ediyorlardı. Yeşil Kartlılar ise güvenceleri kapsamında sadece Sağlık Bakanlığı hastanelerinden hizmet alabilmekte ve yatarak tedavi aldıkları durumda ilaç masrafları karşılanmakta idi. Yeşil Kart kullanıcıları ayaktan tedavileri için cepten ilaçlarını almaktaydılar (Tokaç, 2009: 8-9).

SDP ile daha önceleri parçalı yapıda bulunan ve birbirinden farklı hizmet sunan çok başlı sosyal güvenlik kurumları (Bağ-kur, Emekli Sandığı ve SSK), 16 Mayıs 2006 tarihinde 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurum Kanunu ile Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında birleştirilmişlerdir (5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu; Atasever ve Karaca, 2017: 23). Böylece ilaçların büyük çoğunluğunu alıcı konumundaki tek kurum olan Sosyal Güvenlik Kurumu ilaçların geri ödemesine ilişkin usul ve esasları düzenlemiş ve belirli kurallara bağlamıştır.

Sosyal güvenlik sistemindeki düzenlemeler sonucu SSK ve Yeşil Kart kullanıcıları başta olmak üzere tüm vatandaşların serbest eczanelerden ilaca ulaşması sağlanmıştır (Akdağ, 2012: 226). SSK’lılar 2005 yılından itibaren serbest eczanelerden ilaç almaya başlamıştır. Aynı zamanlarda da bütün serbest eczanelerden hizmet almaya başlamış, ilaç bedellerinin ödenmesi dahil ayaktan tedavi hizmetleri karşılanmıştır. Ancak daha sonra Yeşil Kartlılardan artan harcamalar sebebiyle aynı yıl içerisinde %20 katkı payı alınmıştır (Deloitte, 2009: 2). Eczacılık hizmeti kullanımına yönelik vatandaşlara sağlanan bu kolaylıklar eczacılık hizmetlerinden memnuniyet anlamında önemli gelişmeler olarak değerlendirilebilir.

Türkiye’de SDP ile referans fiyat uygulamasına geçilerek ve ilaç fiyatlarına zorunlu iskontolar getirilmiş ve ilaç fiyatları düşürülmüştür. SDP ile yapılan düzenlemeler kısaca şu şekildedir (Deloitte, 2009: 2; Gürsoy, 2016: 227);

- İlaçta maliyet bazlı fiyatlama yönteminden dış referans fiyatlandırma yöntemine geçilmiştir (Nisan 2004),
- Aşamalı olarak reçeteli (2004) ve reçetesiz (2005) ürünlerde KDV oranının %18’den %8’e indirilmiştir,
- İlaç fiyatlarında kutu başına %60 oranında fiyat düşüşü yapılmıştır,
- Bine yakın ilaçta % 1 ile % 80’ne varan zorunlu iskontolar getirilmiştir.

Fiyat üzerinde yapılan bu indirimler ile halk ilacı daha uygun fiyata almaya başlamıştır. Bu durum her ne kadar eczacılık hizmetleriyle doğrudan ilişkili olmasa da bireylerin eczacılık hizmetlerinden memnuniyetini etkileyen bir faktör olabileceği düşünülmektedir. Türkiye’de 27353 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkındaki Tebliğ” uyarınca 2009 yılından beri eczanelerden katkı payları tahsil edilmeye başlanmıştır (27392 sayılı Tebliğ , 2009). Bu durum ise eczacılar ile bireyleri karşı karşıya bırakmış ve eczacı-hasta iletişimde sorunlara sebep olmuştur.

2.1.6.3. Türkiye’de Eczacılığa Dair Genel Bilgiler

Cumhuriyetin kuruluşundan 1960 yılına kadar eczacılık eğitimi sadece İstanbul Üniversitesi’nde yıllık 80 öğrencilik kontenjan ile devam ettirilmiştir. Ancak Türkiye’nin bazı bölgelerinin eczaneden yoksun olması ve bunun sebebi olarak yeterli sayıda yetişmiş eczacının olmaması yeni eczacılık fakültelerinin açılmasına dayanak olmuştur. 1961 yılında Ankara Üniversitesi’nde Eczacılık Fakültesi açılmıştır. Daha sonra birçok üniversitede eczacılık eğitimi verilmeye başlanmıştır. Türkiye 2018-2019 eğitim-öğretim yılındaki eczacılık fakülteleri ve kontenjanları Tablo 5’teki şekildedir.

Tablo 5: Türkiye’de Eczacılık Fakülteleri ve Kontenjanları

ÜNİVERSİTELER		Kontenjan Sayıları
1	Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi (İstanbul)	50
2	Adıyaman Üniversitesi	82
3	Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi	82
4	Altınbaş Üniversitesi (İstanbul)	80
5	Anadolu Üniversitesi (Eskişehir)	144
6	Ankara Üniversitesi	206
7	Atatürk Üniversitesi (Erzurum)	100
8	Bezm-i Âlem Vakıf Üniversitesi (İstanbul)	55
9	Biruni Üniversitesi (İstanbul)	70
10	Çukurova Üniversitesi (Adana)	62
11	Dicle Üniversitesi (Diyarbakır)	62
12	Ege Üniversitesi (İzmir)	123
13	Erciyes Üniversitesi (Kayseri)	82
14	Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi	62
15	Gazi Üniversitesi (Ankara)	113
16	Hacettepe Üniversitesi (Ankara)	144
17	İnönü Üniversitesi (Malatya)	82
18	İstanbul Medipol Üniversitesi	80
19	İstanbul Üniversitesi	216
20	İstanbul Yeni Yüzyıl Üniversitesi	60
21	İstinye Üniversitesi (İstanbul)	99
22	İzmir Katip Çelebi Üniversitesi	82
23	Karadeniz Teknik Üniversitesi (Trabzon)	82
24	Lokman Hekim Üniversitesi (Ankara)	60
25	Marmara Üniversitesi (İstanbul)	123
26	Mersin Üniversitesi	82
27	Sağlık Bilimleri Üniversitesi (İstanbul)	144
28	Selçuk Üniversitesi (Konya)	62
29	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	82
30	Süleyman Demirel Üniversitesi (Isparta)	62
31	Trakya Üniversitesi (Edirne)	82
32	Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi	82
33	Yeditepe Üniversitesi (İstanbul)	83
34	Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi	82
35	Doğu Akdeniz Üniversitesi (KKTC-Gazimağusa)	40
36	Girne Amerikan Üniversitesi (KKTC-Girne)	41
37	Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi (KKTC-Lefkoşa)	40
38	Yakın Doğu Üniversitesi (KKTC-Lefkoşa)	80
TOPLAM		3363

(Kaynak: 2018-2019 ÖSYM’e Tercih Kılavuzu’ndan yararlanarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.)

2002-2003 eğitim-öğretim yılında Türkiye’de toplam 11 fakültede eczacılık eğitimi verildiği ve 939 kişinin yeni kayıt olduğu bilinmektedir. Ayrıca bu dönemde toplam mezun sayısının istatistiki verilere göre 919 olduğu belirtilmiştir (SB, 2017: 226). Ancak zamanla eczacılığa dair sayısal tablo değişmiştir. Tablo 5’te görüldüğü üzere 2018 yılında toplam 38 devlet ve vakıf üniversitesinde eğitim verilmektedir. Bu fakültelerde 2018 yılında toplam 3363 kişi eczacılık eğitimine başlamıştır. Bu bilgiler ışığında SDP ve yeni politikalarla birlikte eczacı sayısının arttırılmasına yönelik düzenlemelerin yapıldığı söylenebilir.

Eczacılık fakültelerinden 5 yıllık eğitimin ardından mezun olan eczacıların çalışma alanlarına ilişkin bilgiler Tablo 6’da verilmiştir. Eczacıların çalışma alanlarına bakıldığında %74,3’lük gibi büyük bir kısmının serbest eczane sahibi olduğu ve eczanesinde çalıştığı görülmektedir.

Tablo 6: Eczacılık Fakültesi Mezunlarının Çalışma Alanları

ÇALIŞMA ALANLARI	SAYI	YÜZDE
Eczane Sahibi	25.896	74,30
Kamu Eczacısı (Hastane)	675	1,94
Kamu Eczacısı (Hastane Dışı)	616	1,77
Akademisyen (Özel)	43	0,12
Akademisyen (Kamu)	225	0,65
Depo Mesul Müdürü	626	1,80
Eczane Mesul Müdürü	136	0,39
İkinci Eczacı	312	0,89
Yardımcı Eczacı	13	0,03
Özel Hastane Eczacısı	581	1,67
Özel Sektör Eczacısı	92	0,26
Çalışmayan Eczacı	5655	16,22
TOPLAM	34.870	100

(Kaynak: TEB, *Sağlık İlaç ve Eczacılık İstatistikleri Yıllığı*, Ankara, 2018, ss. 74)
(Tablodaki veriler 2018 yılında Türk Eczacıları Birliği’ne üyeliği devam eden eczacıları kapsamaktadır.)

Serbest eczacıların çalışma usul ve esaslarına bakıldığında ilk eczanenin 1857’de Osmanlı döneminde açılmasından günümüze serbest eczanelerin köklü bir geçmişe ve yapılanmaya sahip olduğu söylenebilir. Yasal çerçeve açısından da hastaya ilacı ulaştırmada dağıtıcı konumdaki serbest eczacıların eski bir tarihe sahip olduğu

söylenbilir. Günümüzde de eczacıların çalışma usul ve esasları kanun ve yönetmeliklerle belirlenmektedir.

Cumhuriyetin kuruluş yıllarında çıkarılan 964 sayılı Eczacılar ve Eczahaneler Kanun'una (1927: m.19) göre 10000 kişiye 1 eczane açılmasına yönelik kanun kısıtlaması eczane sayısında artış olmasını engellemiştir. O dönemlerde bu durumun sonucu olarak pek çok il ve ilçede (Tunceli ve ilçeleri, Van ve Siirt'in ilçeleri) eczane açılmadığı belirtilmektedir (Turan, 2007: 90). Daha sonra Türkiye'de yasa kısıtını kaldıran 6197 sayılı Eczacı ve Eczaneler Kanunu (1953) yayımlanmıştır.

Türkiye'de nüfusa dayalı eczane kısıtının kaldırılması ve eczacılık fakülte sayısının artırılması ile eczane sayısında artış yaşanmıştır.

Tablo 7: Türkiye'de Eczane Sayısı ve Eczane Başına Düşen Nüfus Miktarı

Yıl	Eczane Sayısı	Nüfus	Eczane Başına Düşen Kişi Sayısı
1927	668	13 648 270	20 432
1935	478	16 200 694	33 893
1940	482	17 820 950	36 973
1950	640	20 947 188	32 730
1960	1194	27 754 820	23 247
1970	2524	35 605 174	14 107
1980	6335	44 736 957	7 062
1990	13 005	56 473 035	4 342
2000	20 748	67 803 924	3 268

(Kaynak: Nurettin Turan, *Kuruluşundan Günümüze Türkiye İlaç Endüstrisi*, Scala Yayıncılık, 2007, s. 89; Abdullah Uğur, Türkiye'de Eczanelerin Mekânsal Analizi ve Yeni Yasal Düzenleme, *SDU Faculty of Arts and Sciences Journal of Social Sciences*, 2017, 177-196, s. 183; TÜİK.)

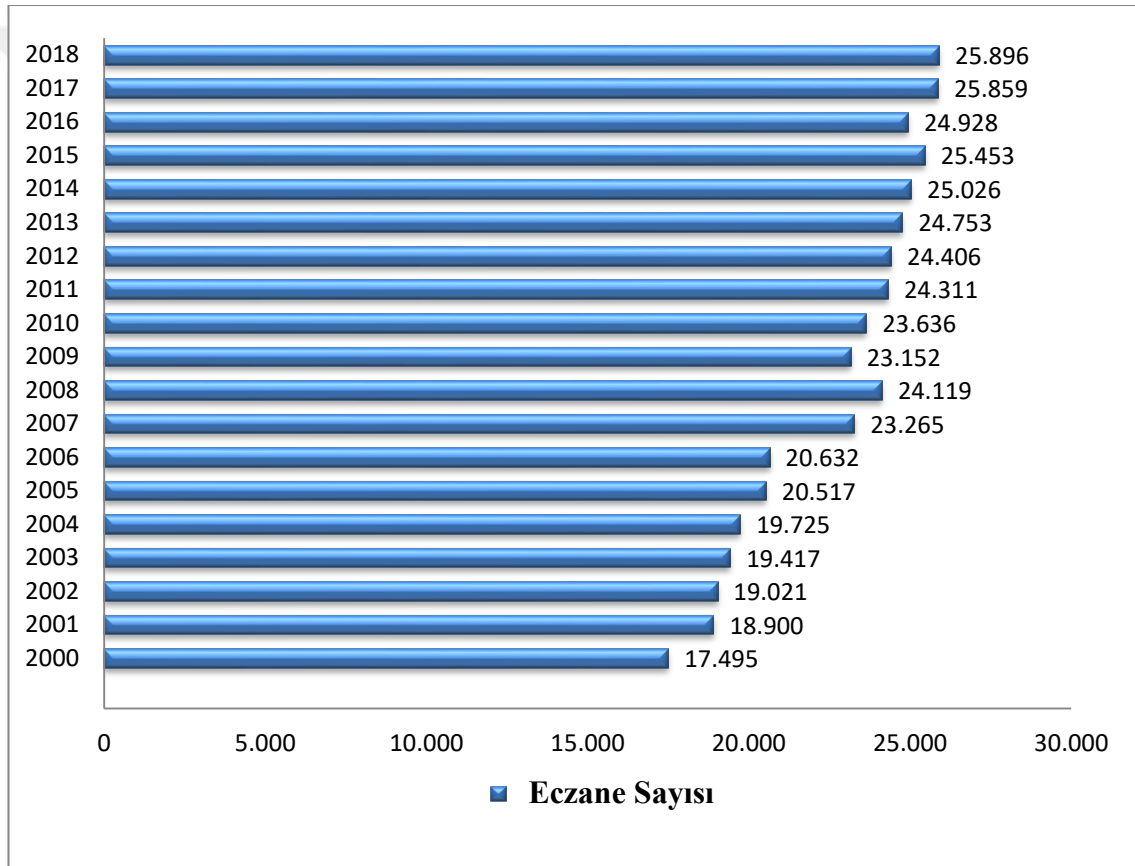
Türkiye'de 2018 yılı uygulamasına göre serbest eczaneler, eczacılık yapma hakkını kazanmış bir bireyin sahip ve mesul müdürlüğünde olmak koşuluyla il sağlık müdürlüğünce düzenlenmiş ve valilikçe onaylanmış bir ruhsatname ile açılmaktadır (6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun, m.5).

Serbest eczaneler özel sektör kuruluşu olmakla birlikte toplum sağlığını yakından ilgilendirmesi ve ilacın istisnai durumu sebebiyle devlet kontrolünde olan kuruluşlardır. Bir bölgedeki serbest eczane sayıları kanunlarla belirlenmekte; taşıma, devretme, nakil işlemleri Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbî Cihaz Kurumu ve

Türk Eczacıları Birliği bilgisi dahilinde gerçekleştirilmektedir (6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun, m.5).

Türkiye’de 6179 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun’unun 5. maddesinde 2012 yılında yapılan bir değişiklik ile (28309 sayılı kanun, 2012) bir bölgedeki serbest eczane sayıları, ilçe sınırları içindeki nüfusa göre en az 3.500 kişiye bir eczane olacak şekilde düzenlenmiştir. Ancak hiç eczanesi bulunmayan yerlerde nüfus kriterine bakılmaksızın bir eczanenin açılmasına izin verilmektedir.

Türkiye’de 2010-2018 dönemine ait serbest eczane sayısı Şekil 6’da verilmiştir. Şekil 6’dan anlaşılabacağı üzere Türkiye’de sürekli artan oranda bir artış olduğu ve 2018 yılında serbest eczane sayısının 25.896 ulaştığı görülmektedir.



Şekil 6: Türkiye’de Yıllara Göre Serbest Eczane Sayısı **(Kaynak: TEB, Sağlık İlaç ve Eczacılık İstatistikleri Yıllığı, Ankara, 2018, ss. 73.)**

TÜİK 2017 verileri göre Türkiye toplam nüfusu 80.810.525 olarak tespit edilmiştir. Kanunda yer alan 3.500 kişiye bir eczane kriterine göre hizmet sunan toplam eczane sayısının 23088 olması gerekmektedir. Ancak TEB (2018: 73) istatistiklerine

göre 2017 yılında toplam eczane sayısı 25.859 olarak yayımlanmıştır. Bu durumda Türkiye’de 2771 tane eczane fazla gözükmektedir. Detaylı incelemeler sonucu fazlalık görünen eczanelerin özellikle İstanbul, İzmir, Antalya, Ankara illeri başta olmak üzere ülkenin batısındaki yığılmalardan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 8: 2017 Yılındaki Mevcut Eczane Sayısı

Bölge	Nüfus 2017	Mevcut Eczane Sayısı	Nüfusa Göre Olması Gereken Eczane Sayısı	Kanuna Göre Eczane Başına Düşen Kişi Sayısı	Nüfus/Mevcut Eczane Sayısına Göre Eczane Başına Düşen Kişi Sayısı	Mevcut Eczane Sayısı-Nüfusa Göre Olması Gereken Eczane Sayısı Farkı
Akdeniz Bölgesi	10303984	3757	2943	3500	2742	814
D. Anadolu Bölgesi	6465902	1183	1847	3500	5465	-664
Ege Bölgesi	10383963	4076	2966	3500	2547	1110
G. Anadolu Bölgesi	8161929	1954	2331	3500	4177	-377
İç Anadolu Bölgesi	12895988	4513	3684	3500	2857	829
Karadeniz Bölgesi	7782736	2392	2223	3500	3253	169
Marmara Bölgesi	24816023	7984	7090	3500	3108	894
Bölgeler Toplam	80810525	25859	*23084	3500	3125	*2775
TOPLAM	80810525	25859	23088	3500	3125	2771

(*3500'nün kat sayısından dolayı bölge-bölge hesaplandığında, Türkiye toplamından farklılıklar çıkmaktadır.)

(Kaynak: TEB, Sağlık İlaç ve Eczacılık İstatistikleri Yıllığı 2018, 2018, ss. 76-77 verilerinden yararlanılarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.)

Tablo 8’de görüldüğü üzere bölgesel açıdan bakıldığında en çok eczaneye sahip bölge Marmara Bölgesi’dir. Bu bölgede nüfusa göre 894 tane fazla eczane olmak üzere toplam 7984 eczane hizmet sunmaktadır. Ancak Ege Bölgesi nüfusa göre gereğinden fazla eczaneye sahip olup bölgede 1100 fazla eczane bulunmaktadır. Yine Tablo 8’den anlaşılabacağı üzere Doğu Anadolu ve Güney Doğu Anadolu Bölgeleri’nde eczane sayısı olması gereğinden daha azdır. Bu iki bölgede toplamda 1041 tane eczane açılması gerekmektedir.

28970 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik (2014) hükümleri doğrultusunda, eczacıların serbest eczane açma ve nakil işlemlerinde kullanılmak üzere nüfus kriteri baz alınarak

yerleştirme puanı uygulaması, ikinci eczacı çalıştırma şartı ve yeni mezunlara yönelik yardımcı eczacı düzenlemesi getirilmiştir.

Eczacı yerleştirme puanı uygulamasında eczacının çalışma yılı ile çalıştığı ilçenin sosyoekonomik gelişmişlik düzeyine göre belirlenen katsayının çarpımı sonucu hizmet puanı hesaplanmaktadır. Eczacı bu puan ile Sağlık Bakanlığı tarafından yılda üç kez ilan edilen eczane açılması uygun yerlere başvurabilmektedir. Eczane açılacak yerlere başvuran eczacılardan yerleştirme puanı en yüksek olanlar eczane açma hakkı kazanmış olurlar (28970 sayılı Eczacılık ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik, 2014: m.8)

Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik (2014: m.4/k) ile serbest eczanelerde reçete sayısı ve/veya ciro gibi kriterlere göre çalıştırılması zorunlu olan veya isteğe bağlı olarak bu kriterlere bağlı olmaksızın da çalışabilecek ikinci eczacı çalıştırılması uygulamasına geçilmiştir.

Diğer bir uygulama yardımcı eczacılık uygulamasıdır. Yönetmeliğe göre yardımcı eczacı, 2013 ve daha sonraki yıllarda eczacılık fakültesine başlayan eczacıların mezuniyet sonrası en az 1 yıl serbest eczanelerde veya hastane eczanelerinde çalışan eczacıdır. Serbest eczane açabilmek veya serbest eczanelerde mesul müdür olarak çalışabilmek için yardımcı eczacılık süresinin dolmuş olması gerekmektedir (28970 sayılı Eczacılık ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik, 2014: m. 4/v). 2018 yılında ilk yardımcı eczacılar eczanelerde çalışmaya başlamışlardır. Yardımcı eczacılık uygulamasının eczanenin yönetilmesi konusunda işlerin nasıl yürütüldüğüne dair tecrübe kazanma, hastalarla veya müşterilerle nasıl bir iletişim kurulması gerektiğine dair bilgilenme gibi noktalarda değerli bir uygulama olduğu söylenebilir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile eczacı ve eczane sayılarının arttırıldığı görülmektedir. Ayrıca hizmet sunma noktasında eczacıların tecrübe sahibi olmaları için yeni uygulamaların getirilmesi ve yoğun olan serbest eczanelerde hastalarla ilgilenilmesi için daha çok eczacının çalıştırılması zorunluluğunun getirilmesi halk sağlığı ve hasta memnuniyeti açısından önemli gelişmeler olarak değerlendirilebilir.

2.2. HASTA MENUNİYETİ

Bu başlık altında öncelikle sağlık kuruluşlarının müşterisi olan “hasta” kavramı açıklanacaktır. Daha sonra hizmetin olduğu her yerde sürdürülebilirliğin sağlanması için önemli olan “memnuniyet” kavramına değinilecektir. Sağlık kuruluşlarının önemli bir çıktısı olan “hasta memnuniyeti” kavramı genel olarak ve eczacılık hizmetleri bağlamında ele alınacaktır.

2.2.1. Hasta Ve Müşteri Kavramları

Türk Dil Kurumu’nun tanımına göre hasta hastalık, kaza veya yaralanma sebebiyle beden ve ruh sağlığı bozuk olan, esenliği yerinde olmayan, tedaviye gereksinim duyan, rahatsız anlamlarına gelmektedir (Url 10). Başka bir tanımda hasta, sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu hizmetten rahatsızlığı nedeniyle faydalanan kişi olarak tanımlanmıştır (Tengilimoğlu, 2016: 63). Tanımlara bakıldığında ikinci tanımda hasta kavramının, hizmet sunumu yapan öte yandan işletme olan sağlık kuruluşlarının sunduğu hizmeti kullanan kişiler olarak ele alındığı söylenebilir.

Türk Dil Kurumu müşteriye; hizmet veya mal alan ve karşılığında ücret ödeyen kimse şeklinde kısaca tanımlanmıştır (Url 11). Ancak günümüz pazarlama anlayışında müşteri, sadece üretilen mal veya hizmeti tüketen kişiler değil bu ürünlerden haberdar olan ve potansiyel olarak her an tüketici olabilecek tüm kişiler olarak tanımlanmaktadır (Tengilimoğlu, 2016: 62). Bu tanımdan hareketle sağlık hizmeti sunan kuruluşlar için müşteri, *“bir sağlık kuruluşunun ürettiği ve sunduğu sağlık hizmetlerinden haberdar olan ve bu hizmetlerden yararlanma fırsatı olan veya daha önce bu hizmetlerden yararlanmış kişilerin tümüdür”* (Engiz, 1997: 62). Bu bağlamda hasta bireylerin sağlık kuruluşlarının tek müşterisi olduğu algısının değişime uğradığı belirtilmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 490). Hastaların yanı sıra tüketici olabilecek diğer bireylerde sağlık kuruluşlarının müşterileri olarak görüldüğü söylenebilir.

Sağlık hizmetlerinin, profesyonel işletmecilik bakış açısı ile şekillendiği (Erdem vd., 2008: 96) günümüzde işletmecilikte önemli kavramlardan birisi pazarlama ve pazarlamada da önemli pazarlama karması elemanlarından biri insan faktörüdür. Bu bağlamda Mol (2008: 14)’a göre pazarlama perspektifinden bakıldığında sağlık

işletmelerinin hastalarına “müşteri” denilmesi normal bir durumdur. Bu durumda sağlık kuruluşlarının hastalara müşteri gözü ile bakması doğal karşılanmalı denilebilir.

Pakdil (2007: 4)’e göre “müşteri” kavramı sağlık hizmet sunumu sürecinde hizmeti sunanlar, alanlar ve aracı olanlar dahil pek çok meslek grubunu ve kitleyi kapsamaktadır. Ayrıca sağlık kuruluşlarının pazarda rakiplerine üstünlük sağlayabilmeleri ve toplam kalite anlayışı ile “memnuniyeti” sağlayabilmeleri adına hedef kitleleri olan “hastalar”, “müşteri” olarak tanımlanmaktadır (Akt; Yaşar, 2016: 7).

Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar her ne kadar işletme gibi yönetiliyor olsa da “hasta” “müşteri” tartışması devam etmektedir. Bu konu ile ilgili Deber ve arkadaşları (2005: 345) tarafından yapılan çalışmada, ayakta tedavi kliniklerine başvuran kişilere, sağlık hizmeti alan kişileri adlandırmak için “hasta”, “müşteri”, “alıcı”, “tüketici”, “iş ortağı” ve “kurtulan (survivor)” seçeneklerinden hangisini tercih ettiklerine yönelik sorular yöneltilmiştir. Araştırmanın sonucunda katılımcıların çoğunun “hasta” kelimesini tercih ettikleri tespit edilmiştir. Diğer seçeneklerin piyasa ilişkisi gibi kulağa hoş gelmeyen çağrışımlar yaptığı belirtilmiştir.

2.2.2. Memnuniyet Kavramı

Türk Dil Kurumu sözlüğünde memnun olma, sevinme anlamlarına gelen (Url 12) memnuniyet etimolojik kökenine bakıldığında şükran, ihsan ve lütuftan doğan borç anlamına gelen minnet sözcüğünden türediği görölmektedir (Url 13). Öte yandan memnuniyetin “mutmain”, “tatmin” kelimelerini de çağrıştırdığı söylenebilir.

Memnuniyet kavramı yaşam tarzı, geçmiş deneyimler ve beklentiler gibi birçok faktörle ilişkili bireysel ve toplumsal değerleri de içine alan karmaşık bir kavram olarak tanımlanmaktadır (Carr-hill, 1992: 237). Başka bir tanımda memnuniyet, müşterinin almış olduğu hizmete ve hizmet aldığı işletmeye dair değerlendirmesi olarak ifade edilmiştir (Oliver, 1997: 8).

Memnuniyet, satın alma ve tüketim ile sonuçlanan süreç ile tutum değişikliği, tekrar satın alma ve marka sadakati gibi satın alma sonrası olayların yeniden bağlantı kurmasına aracılık eden bir kavramdır. Kavramın temeli, tüketicinin ihtiyaçları ve isteklerinin karşılanmasıyla elde edilen karların pazarlama konseptine tekrar dahil edilmesine dayanmaktadır (Churchill et al., 1982: 491). İşletmeler müşteri

memnuniyetini sağlayarak sistem yaklaşımındaki girdi-süreç-çıkı döngüsünü devam ettirmeye çalışmaktadırlar. Bu bağlamda düşünüldüğünde işletmelerin çıktılarından birisinin müşteri memnuniyeti olduğu söylenebilir.

Müşteri memnuniyeti, tüketicinin ürünü kullandıktan sonra ne kadar tatmin olduğunu veya olmadığını gösteren bir satın alma sonrası olgu olarak tanımlanmaktadır. İşletmeler açısından müşteri memnuniyeti, pazarlama faaliyetlerinin önemli bir sonucu ve değerlendirmesi haline dönüşmüştür (Churchill and Suprenant, 1982, 491, 503).

Pazarlamanın felsefesine pragmatik kavramının başka bir deyişle “ilişki yönlü” bakış açısının dahil edilmesi ihtiyacı, tüketici memnuniyetinin geliştirilmesi ve ölçülmesine dikkat çekmiştir. Tüketici memnuniyeti araştırmaları 1970'lerin başında meşru bir zemin kazanmaya başlamıştır. Böylece tarafların birbirleri ile olan etkileşim artırılarak memnuniyet düzeyi yükseltmiştir (Churchill et al., 1982: 491; Erdoğan vd., 2011: 15). 1970’li yılların ortasına gelindiğinde ise tüketici memnuniyeti araştırmaları, satın alma sonrası olayların incelenmesine yönelmiş ve bu eğilim halen devam etmektedir (Oliver, 1997).

Müşteri memnuniyeti, sübjektif algıyı ölçmesine rağmen özellikle hizmet sektöründe hizmet sunum sürecini, hizmet çıktısını ve hizmetin kalitesini değerlendirmede kullanılan temel ölçütlerden birisidir (Yaşar, 2016: 46). Sağlık hizmeti sunan kurumlar açısından bakıldığında müşteri memnuniyeti kavramının hasta memnuniyeti kavramına dönüştüğü söylenebilir.

2.2.3. Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti, hastaların şikayetlerinin giderilmesi, hizmetten bekledikleri performansı, hizmetin sunuluşunu, sosyo-kültürel değerlerine (kültürüne, alışkanlıklarına, yaşam tarzına, inancına, sosyal sınıf ve statüsüne) uygunluğunu içeren çok değişkenli bir fonksiyon olarak tanımlanmaktadır (Engiz, 1997: 64;).

Başka bir tanıma göre hasta memnuniyeti, hastanın beklentileri ile aldığı bakımın uyumu olarak tanımlanmaktadır. Buna göre, hasta sağlık kuruluşuna gelmeden önce bazı beklentileri sahiptir ve hizmeti aldıktan sonra geçirdiği deneyimlere bağlı olarak belli algılar edinmektedir (Nesanır ve Dinç, 2008: 419). Bu beklentileri ile algıları arasındaki ilişki memnuniyeti ya da memnuniyetsizliği ortaya çıkartmakta denilebilir.

Müşteri merkezli çalışma anlayışında, ayakta kalmanın şartlarından biri müşterilerin beklentileri ile algılamaları arasında dengeyi sağlamak, müşterilerin isteklerini, ihtiyaçlarını, beklentilerini karşılamak ve algılarında olumlu yer edinmektir (Sevim vd., 2008: 25). Müşterisi hasta olan sağlık kuruluşları için başarı ve sürdürülebilirliğinin sağlanması ancak hasta ve yakınlarının beklenti ve ihtiyaçlarının karşılanması ile mümkündür. Bu sebeple sağlık hizmeti sunan kurumlar için hasta ve yakınlarının beklentileri ölçüsünde veya üzerinde memnuniyetlerinin sağlanması önemli bir faaliyettir (Tengilimoğlu, 2001: 32, 34). Daha sonra hasta memnuniyetinin korunması ve artırılması için de, hastanın hizmeti satın alma öncesi hizmetten haberdar olmasından sürecin sonuna değin geçen zaman diliminde hasta ve yakınlarının beklenti ve ihtiyaçlarına doğru ve uygun karşılık verilmesi gerekmektedir (Güllülü vd., 2008: 28). Sağlık kuruluşları açısından bakıldığında görülüyor ki uzun bir sürecin değerlendirilmesini içeren ve birçok faktörden etkilenen hasta memnuniyetinin tespit edilmesi önemli bir işlemdir.

İşletmelerin memnuniyet araştırması yapmalarındaki amaç müşterilerinin tepkilerini ölçmek ve değerlendirme sonucuna bağlı olarak gereken düzenlemeleri gerçekleştirmektir (Sevim vd., 2008: 25). Benzer durum bir işletme olan sağlık kurumlarında da geçerlidir. Günümüzde sağlık kurumlarında memnuniyet araştırmalarının yapılması ve sonuçlarına göre hareket edilmesi hasta memnuniyetinin sağlanması adına zorunlu bir faaliyet haline gelmiştir.

Hasta memnuniyeti terimi literatürde 1960-1970 yılları arasında yerini almaya başlamış ve daha sonra konu hakkındaki araştırmalar özellikle 1980 sonrasında artmaya başlamıştır (Thiedke, 2007: 33). Sağlık kurumlarının temel çıktısı olarak kabul edilen hasta memnuniyeti, sunulan hizmetin kalitesini değerlendirmede kullanılmakta ve sağlığın hizmet kalitesini yansıtan temel ölçütlerden birisidir (Carr-hill, 1992: 238; Özkan Aydın vd., 2011: 213; Ghose and Adhish, 2011: 241; Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012: 493).

Sağlık kurumlarında memnuniyet değerlendirmesinin temel amacı hastaların beklenti, ihtiyaç ve isteklerine dikkat çekerek (Carr-hill, 1992: 240) gerekli düzenlemeleri gerçekleştirmektir. Bu bağlamda sağlık hizmeti sunan kurumların hizmet kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilen “hasta memnuniyeti” çalışmaları, hastaların sürece ilişkin görüşlerini içermesi, kurumun performansını değerlendirmesi

ve iyileştirmesi nedeniyle önemli olarak görülmektedir (Sitzia and Wood, 1997: 1840). Söz konusu sağlık hizmeti olsa bile artan rekabet koşulları, hızla değişen teknoloji, eğitim düzeyi ve iletişim imkânları hasta memnuniyetini sağlık kurumlarındaki faaliyetlerin odağına yerleştirmeyi zorunlu hale getirmiştir (Özkan Aydın vd., 2011: 213).

Hasta memnuniyeti çalışmaları, sağlık kurumlarının performansının hastaların bakış açısından değerlendirilmesinde kullanılan etkili bir araçtır. Bu tür çalışmalar sonucunda elde edilen bilgiler, sağlık kurumlarının hasta için daha çekici hale getirilmesi, yeni müşterileri çekmesi ve hasta memnuniyetini bozan çelişkilerin giderilmesi açısından değerli görülmektedir. Aynı zamanda sağlık kurumlarının tavsiye yoluyla pazarlamasını gerçekleştirerek potansiyel müşterilere tanıtım yapacaklar hasta ve hasta yakınları olduğu için hasta memnuniyetinin sağlanması önemlidir (Ross et al., 1987: 16; Ghose and Adhish, 2011: 241).

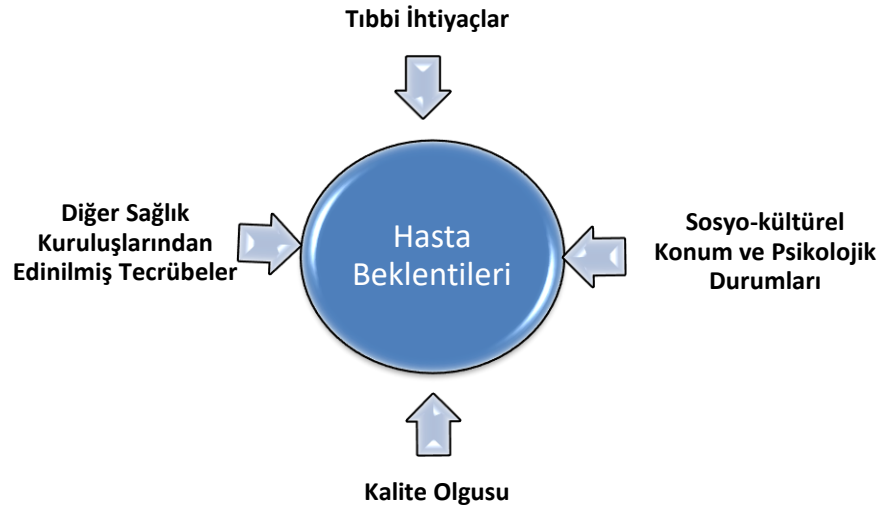
Günümüz koşullarında müşteriler işletmelerin sunduğu ürün ya da hizmetlerde sadece kaliteli arayışında olmamakta ve sadece kaliteyi yeterli görmemektedirler (Sevim vd., 2008: 23). Sağlık kurumları hastaların medikal ihtiyaçlarını en üst kalite ile karşılamının yanı sıra estetik, duygusal ihtiyaç, kültürel ihtiyaç ve beklentilerine de cevap verebilir durumda olmak zorunda kalmışlardır (Engiz, 1997: 67). Bu kurumlar, hasta memnuniyetini sağlamak adına hastaya durumu hakkında yeterli ve aydınlatıcı bilgi vermeli, tedavi sürecinde yapması gerekenler hakkında hasta yeterince bilgilendirilip yönlendirilmeli ve müşterilerinin memnun olarak ayrılmasını sağlamalıdır (Pakdil, 2011; Akt. Atilla, 2012: 48).

Müşteri memnuniyetinin sağlanması odaklı bakıldığında hizmetin amacı, müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanmasıdır. Bu terimler birbiri ile ilişki terimleri olup farklı anlamlar taşıdığı unutulmamalıdır. İhtiyaç, hizmeti kullanırken veya satın alırken var olan temel gereksinimdir (Kotler, 2002: 6 Akt; Güllülü vd., 2008: 31). Beklenti ise sübjektif, değişebilir, bulanık, ifade edilmesi zor olabilen, net ve kesin olmayan öngörülerdir (Güllülü vd., 2008: 31). Müşterilerin ihtiyaç ve beklentilerinin tespit edilmesi memnuniyet için ilk adım olabilir.

Sağlık kurumlarının hasta memnuniyetini sağlamak için öncelikle hasta ihtiyaç ve beklentilerini bilmeleri gerekmektedir. Hastaların, sunulan hizmetlerle ilgili beklentilerini etkileyen dört temel olgu vardır (Engiz, 1997: 65):

- Hastaların tıbbi ihtiyaçları,
- Diğer sağlık kuruluşlarında edindikleri deneyimler,
- Sosyo-kültürel konumları ve psikolojik durumları,
- Zihinlerindeki kalite tanımı.

Tıbbi ihtiyaç, bireylerin esenliklerini kaybetmeleri, kaza ya da yaralanma sonucunda veya başka sebepler ile sağlık durumlarının bozulması ile ortaya çıkan temel gereksinimdir. Deneyim olgusu ise, hastaların sağlık kuruluşuna gelmeden önce edindikleri, yakınlarından veya o hizmeti kullanmış başkalarından elde ettikleri deneyimler ve bu deneyimlerine paralel sahip oldukları beklentilerdir (Engiz, 1997: 65). İçinde yaşadıkları sosyo-kültürel çevre ve psikolojik durumda kimi zaman olumlu kimi zamanda olumsuz beklentilere sebep olabilmektedir.



Şekil 7: Hasta Beklentilerini Etkileyen Faktörler **(Kaynak:** Osman Hayran ve Haydar Sur, *Hastane Yöneticiliği*, Nobel Tıp Kitapevleri, 1997, ss. 65.)

Bireylerin sahip olduğu sosyo-kültürel konumu ve kalite anlayışı beklentiyi etkileyen önemli faktörlerdendir. Bu faktörler bireylerin temel ihtiyaçlarının giderilmesini yeterli görmelerini sağlayabileceği gibi temel ihtiyacın yanı sıra başka beklentilere girmelerini de etkileyebilir.

Günümüz tüketicisi sağlık kuruluşlarından teşhis ve tedavi gibi medikal hizmetlerin yanı sıra bu hizmetleri zenginleştirecek ve katma değerini arttıracak hizmetleri de beklemektedir. Sadece teşhis ve tedavi amaçlı sağlık hizmeti sunumu

müşterilerin beklentilerini karşılamayıp memnuniyetsizliğine yol açmaktadır (Güllülü vd., 2008; 2). Sağlık hizmeti sunumunun bir paydaşı olan eczanelerde de hasta memnuniyetinin tanımı, amacı ve önemi diğer sağlık kuruluşlarından farklı değildir.

Eczacılık hizmetlerinden memnuniyet, bireylerin eczanede geçirdikleri zaman diliminde gördükleri muamele, eczanenin fiziki şartları, reçetenin karşılanma hızı, güler yüzlü hizmet, eczacının veya diğer çalışanların ilgisi, eczacının hastayı ilacı ve sağlığı konusunda bilgilendirmesi ve hastanın ilaçları hakkındaki tüm endişelerini giderme çabası gibi birçok faktörü içinde barındıran beklentilerinin karşılanma düzeyi olarak tanımlanabilir.

Sağlık hizmeti sunan kurumların hizmet kalitesinin çıktısı ve göstergesi olan “hasta memnuniyeti” çalışmaları, hastaların sürece ilişkin beklenti ve beklentilerinin karşılanma derecesini içermesi, kurumu değerlendirmesi ve iyileştirmesi nedeniyle önemli olarak görülmektedir (Sitzia and Wood, 1997: 1840). Bu sebeple diğer sağlık kurumları gibi eczacılar da kuruluşlarının hizmet kalitesine dair bir çıktı olarak eczacılık hizmetlerinden memnuniyet çalışmalarını önemsemelidir.

Eczaneler ticari işletmeler olmakla birlikte hizmet ürününün sağlık ve ilaç olması sebebiyle sağlık otoritelerince çeşitli düzenlemeler altındadır. Pazarlama faaliyeti ve reklam yapamayan eczacılar, hasta memnuniyetini sağlayarak pazarlama faaliyetini gerçekleştirebilirler. Böylece müşteri sadakatini oluşturabilir ve memnun olan hastaların çevrelerine memnuniyetlerini aktarması ile pazarlama sağlayabilirler.

Sağlık hizmeti sunmanın yanında ticari bir yapıdaki eczanelerin, hizmet sundukları hastaların tekrar kendilerine gelmelerini sağlayabilmek ve böylece rekabetçi sağlık piyasasında ayakta kalabilmek için gelen müşterilerin memnun etmeleri gerekmektedir. Eczacılar iletişimleri, güler yüzleri ve sundukları eczacılık hizmetleri ile hasta memnuniyetini yakalayıp rekabetçi sağlık piyasasında başarılı olabilirler.

Eczacılık hizmetlerinden memnuniyetin sağlanmasının bir diğer amacı ilaç tedavisinde oluşturabilecek katma değerdir. Tedavisi başarıyla sonuçlanan bireylerin sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyleri artmaktadır. Ancak bu sürece tersten bakıldığında sağlanan hasta memnuniyeti de başarılı bir ilaç tedavisinin elde edilmesi için önemli bir faktör olmaktadır. Memnun kalan hastaların tedaviye ve rehabilitasyona katılımları artmakta, tedaviye tam uyum sağlamaktadırlar. Böylece hastalığın tedavisinde başarılı sonuçların ortaya çıkma olasılığı artmaktadır (Ross et al., 1987: 16).

Özellikle ayaktan tedavi gören hastalarda tedavi sürecine geçilmeden önceki son durak olan eczaneler, ilaç tedavisinin hem seyrini belirlemede hem de başarı ile sonuçlanmasında önemli bir etken olabilmektedirler.

Eczacılık hizmetleri açısından sadece reçetenin karşılanması hasta memnuniyeti için yeterli görülmemektedir. Eczacıların değişen rolleri bağlamında özellikle danışmanlık yapmaları, hastalarla iletişim kurmaları, bireylerin hastalıkları ve tedavileri hakkında bilgi sahibi olup gerekli yönlendirmeleri yapmaları hastaların eczacılık hizmetlerine ilişkin algı ve memnuniyetlerini etkileyen faktörler arasında görülmektedir.



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ECZACILIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRMESİNE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA

Bu bölüm kapsamında, çalışmanın gereç ve yönetiminden bahsedilerek, çalışma sonucunda elde edilmiş olan bulgulara yer verilmiştir. Ayrıca bu bölümde, bulgular tartışma kısmında literatürdeki benzer çalışmalarla değerlendirilmiş ve daha sonra çalışmadan elde edilen sonuçlar paylaşıp öneriler geliştirilmiştir.

3.1. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Günümüzde sağlık hizmet sunumunun bir paydaşı olan serbest eczaneler sağlık hizmeti zincirinin ilk ve son halkası olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda sistem eczacılara, bireyleri doğru tedaviye yönlendirmek ve sonrasında başarılı bir tedavi sürecini sağlamak adına tavsiye noktasında etkin roller yüklemektedir. Bu çalışma ile birinci basamak sağlık kuruluşu olan serbest eczanelerden hastaların, almış oldukları eczacılık hizmetlerini ve eczacıları değerlendirmeleri istenecektir. Bu çalışmanın ana amacı bireylerin eczacılık hizmetlerine ilişkin algılarını ve hastaların eczacılık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin tespit edilmesidir. Bu çalışma ile ulaşılmak istenen alt amaçlar şu şekildedir;

- Bireylerin eczaneye gitmelerindeki temel amaçlar,
- Bireylerin gözünde eczacı algısı,
- Bireylerin eczaneyi nasıl bir kuruluş olarak değerlendirdiği,
- Bireylerin eczane seçimini etkileyen faktörler.

Yapılan literatür taramasında Türkiye’de kronik hastalar bağlamında eczacılık hizmetlerinden memnuniyet değerlendirmesini içeren çalışmalar tespit edilmiştir. Ancak genel olarak serbest eczanelerden alınan hizmetlerin değerlendirildiği çok az çalışma ile karşılaşılmuştur. Sağlık sistemleri içerisinde konumlandırılan ve halk sağlığı açısından kritik bir yerde olan eczacılık hizmetlerinin değerlendirilmesi serbest eczacılık

mesleğinin geleceği ve sağlık politikaları açısından önemli olarak görülmüştür. Bu çalışma literatürdeki boşluğun giderilmesi ve daha kapsamlı çalışmalar için ilk olması açısından önem taşımaktadır.

3.1.2. Problem Cümlesi

Araştırmanın problem cümlesini “Bireyler eczacılık hizmetlerinden memnun mu?”, “Bireyler eczacıları ve serbest eczaneleri nasıl algılamaktadır?”, “Bireylerin serbest eczane seçimini etkileyen faktörler nelerdir?” soruları oluşturmaktadır.

3.1.3. Varsayımlar

Araştırma kapsamında Isparta merkezde yaşayan bireylerin bilgi toplama aracı olarak yöneltilen anket sorularına verdikleri cevapların gerçek durumu yansıttığı varsayılmaktadır.

3.1.4. Araştırmanın Kısıtları

Araştırma Isparta il merkezinde yaşayan 18 yaşından büyük yetişkin bireyleri kapsamaktadır. Araştırmanın verileri 2018 yılı Kasım ayında toplanmış olup sonuçlar bu evrenin bu zamandaki özelliklerini yansıttığı için genellenememektedir. Araştırmanın Türkiye’de yaşayanlara genelleylebilmek için daha geniş kapsamlı örneklem üzerinde çalışılması gerekmektedir.

3.1.5. Evren ve Örneklem

Genel olarak eczacılık hizmetlerinin değerlendirildiği ve bireylerin memnuniyet düzeylerinin ölçülmesini amaçlayan çalışmanın evrenini, Isparta il merkezinde yaşayan 18 yaşından büyük tüm bireyler oluşturmaktadır. TÜİK verilerine göre 2017 yılı Isparta merkez nüfusu 251.531 kişiden oluşmaktadır (Url 14). Bir araştırmada örneklem ne kadar olması konusunda kesin bir sayı vermenin mümkün olmadığı bilinmektedir. Fakat evrenin belli olduğu durumlarda %95 güven aralığı %5 hata payı olarak alındığında mevcut evrende ulaşılması gereken örneklem sayısı 384 olarak hesaplanmaktadır (Dişçi,

2008). Araştırmada kolayda örnekleme yoluyla 411 ankete ulaşılmış ve anketler değerlendirilmeye alınmıştır.

3.1.6. Veri Toplama Aracı

Araştırmada kullanılan anket formu araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Anketin hazırlanması aşamasında öncelikle ulusal ve uluslararası düzeyde literatür taraması yapılmıştır. Yapılan literatür taraması sonucunda araştırmada kullanılan anket sorularını hazırlamak için MacKeigan ve Larson (1989), Yeğenoğlu Onaran (1994), Johnson ve arkadaşları (1998), Gourley ve arkadaşları (2001), Kucukarslan ve Schommer (2002), Kassam ve arkadaşları (2012), Sakharkar ve arkadaşları (2015), Hücum (2015), Akpınar (2015), Mináriková ve arkadaşları (2016), Alhomoud ve arkadaşları (2016)'nın çalışmalarından yararlanılmıştır. Bu çalışmaların literatür, anket ve ölçeklerinden faydalanılmıştır.

Sakharkar ve arkadaşları (2015) tarafından geliştirilmiş, Hücum (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlanıp geçerlilik güvenirlik çalışması yapılan "***Eczacılık Hizmetleri İle İlgili Hasta Memnuniyeti Anketi (The Patient Satisfaction with Pharmacy Services Questionnaire (PSPSQ 2.0))***" isimli ölçekten yararlanılmakla birlikte klinik eczacılık sunan eczanelerden hizmet alan hastaların memnuniyetini ölçmesi sebebiyle aynen kullanılmamıştır.

Anket sorularının geliştirilmesi aşamasında Sağlık Yönetimi Bölümü akademisyenlerinden ve eczacılardan uzman görüşü alınmıştır. Hazırlanan anket sorularının anlaşılabilirliğini denetlemek amacıyla, kolayda örnekleme yöntemiyle 30 kişilik grup üzerinde pilot çalışma yapılmıştır. Anlaşılmayan ve tekrar eden sorular yeniden düzenlenmiş ve katılımcılara yöneltilen anket meydana getirilmiştir.

Veri toplama aracı olarak kullanılan anket üç bölümden oluşmaktadır. Anketin birinci bölümünde eczacılık hizmetler, eczacı-hasta iletişimi, danışmanlık hizmetleri, eczanenin fiziki şartları ile ilgilidir. Bu bölümde 5'li Likert tipi ölçek kullanılmış olup "1: Hiçbir Zaman", "2: Nadiren", "3: Ara Sıra", "4:Sık Sık", "5: Her Zaman" şeklinde derecelendirilmiştir. Anketin ikinci bölümünde eczacı ve eczane ile ilgili sorular ve açık uçlu soru yer almaktadır. Son bölümünde yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi demografik değişkenler sorulmaktadır.

3.1.7. Analiz ve Yöntem

Anket formları aracılığıyla elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 24.0) programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmacı tarafından elde edilen veriler öncelikle faktör analizine tabii tutulmuştur. Güvenilirliği düşüren ve teorik çerçeveye uymayan sorular faktör analizi aşamasında analizden çıkartılmıştır. Faktör analizi yapılırken varimax döndürme işlemi yapılmıştır. Analiz sonucunda soruların 3 boyutta toplandığı tespit edilmiştir.

Anketten elde edilen veriler aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde hesaplamaları ile analiz edilmiş ve istatistiksel değerlendirmeler bu puan ortalamaları üzerinden yapılmıştır. Daha sonra veriler normallik testine tabi tutulmuştur. Verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığını tespit etmek için her bir boyutun çarpıklık ve basıklık değerleri bulunmuştur (Tablo 12). Bütün boyutlarda veriler normal dağılım gösterdiği tespit edildikten sonra parametrik testler yapılmıştır. Parametrik testlerden ikili grupların karşılaştırılmasında “T-testi”; üç ve üzeri grupların karşılaştırılmasında “Anova (varyans analizi) testi” kullanılmıştır. Varyans analizi sonucunda gruplar arasında fark bulunduğunda, farkın kaynağını “Tukey’s-b testi” ile tespit edilmiştir.

3.1.8. Çalışmanın Hipotezleri

Araştırmanın amacına uygun olarak aşağıdaki hipotezler kurulmuştur;

H₁: Bireylerin eczacılara dair danışmanlık rolü algısı eczane algısına göre farklılık göstermektedir.

H₂: Bireylerin eczacılara dair danışmanlık rolü algısı kronik hastalığın olup olmama durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₃: Bireylerin eczacılara dair danışmanlık rolü algısı sürekli aynı eczaneyi tercih edip etmeme durumuna göre farklılık göstermektedir.

H₄: Bireylerin eczacıların yaptıkları ilaç kullanımı bilgilendirmesinden memnun olma durumu kronik hastalığın olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.

H₅: Bireylerin fiziki şartlardan memnun olma durumu eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.

H₆: Bireylerin eczacılara dair danışmanlık rolü algısı yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.

3.2. BULGULAR

3.2.1. Çalışmaya Katılan Bireylerin Sosyo-Demografik Özellikleri

Çalışmaya katılan bireylerin demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 9’da gösterilmektedir.

Tablo 9: Katılımcıların Demografik Değerlere Göre Dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Cinsiyet		
Erkek	186	45,5
Kadın	223	54,5
Yaş (Yıl)		
- 24	85	22,0
25 – 34	121	31,4
36 – 44	81	21,0
45 +	99	25,6
Medeni Durum		
Evli	248	60,9
Bekâr	155	38,1
Diğer	4	1,0
Eğitim Durumu		
İlköğretim	80	19,6
Lise	67	16,4
Ön Lisans	38	9,3
Lisans	169	41,4
Lisansüstü	54	13,2
Aylık Gelir (TL)		
- 1603	56	16,5
1604 – 3500	133	39,2
3501 – 5500	83	24,5
5501 -	67	19,8
Çalışma Durumu		
Kamu Sektörü	117	28,7
Özel Sektör	118	29,0
Diğer	172	42,3

Tablo 9’da görüldüğü üzere, katılımcıların % 45,5’i erkek iken %54,5’i kadınlardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %22’si 25 yaş altında, %31,4’ü 25-34 yaş aralığında, %21,0 36-44 yaş aralığında ve %25,6’sı 45 yaş ve üzerinde olduğu görülmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%60,9) evli olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında %19,6’sının ilköğretim, %16,4’ünün lise, %9, 3’ünün ön lisans, %41,4’ünün lisans ve %13, 2’sinin lisansüstü eğitime sahip olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan bireylerin aylık gelir durumuna bakıldığında %16,5 asgari ücret olan 1604 TL’den az, %39,2’sinin 1604-3500 TL aralığında, %24,5’inin 3501-5500 TL aralığında ve %19,8’inin 5500 TL’nin üzerinde olduğu ortaya çıkmıştır.

Son olarak katılımcıların çalışma durumu incelendiğinde %28 7’sinin kamu sektöründe, %29’unun özel sektörde çalıştığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %42,3’ü ise diğer kategorisinden emekli, öğrenci, ev hanımı, işsiz olarak çalışma durumlarını belirtmişlerdir.

3.2.2. Katılımcıların Eczacılık Hizmetlerinden Memnuniyetlerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin Eczacılık Hizmetlerini Değerlendirme Anketinde yer alan ifadelerle vermiş oldukları cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 10’da gösterilmektedir.

Tablo 10: Katılımcıların Eczacılık Hizmetlerinden Memnuniyet İle İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımı

No	İfadeler	$\bar{X}$	SS
1	İlaç aldığım eczacı sağlık sorunlarım/kaygılarım ile ilgilenir.	2,929	1,425
2	İlaç aldığım eczacı, hasta olarak sorularıma cevap vermeye isteklidir.	3,365	1,251
3	İlaç aldığım eczacı hastalara yardımcı olmak için yeteri kadar vakit ayırır.	3,468	1,175
4	İlaç aldığım eczacı ilaç uyumunun önemli olduğunu anlatır.	2,993	1,394
5	İlaç aldığım eczacı sağlıklı yaşam konusunda faydalı tavsiyelerde bulunur.	2,685	1,395
6	İlaç aldığım eczacı ilaçların yan etkileri hakkında bilgilendirme yapar.	2,722	1,390
7	Eczacının muadil ilacı tavsiye etmesini doğru bulurum.	2,787	1,419
8	İlaç aldığım eczacı ilaçlarımı nasıl kullanmam gerektiği	4,140	1,088

	konusunda açıklama yapar.		
9	İlaç aldığım eczacı ilgili ve naziktir.	3,941	1,082
10	İlaç aldığım eczacı tedavimin başarılı sonuçlanması için tavsiyelerde bulunur.	3,025	1,325
11	İlaç aldığım eczacı ile iletişim kurarken kendimi rahat hissedirim.	3,791	1,242
12	Eczacımdan sağlık konularında istediğim bilgileri alabilirim.	3,413	1,228
13	İlaç aldığım eczaneden genel olarak memnunum.	3,885	1,118
14	Gerek duyduğumda sağlık ihtiyaçlarım için eczacıya danışırım.	3,186	1,402
15	İlaç aldığım eczacı ilaçların ne için kullanacağım konusunda açıklama yapar.	3,556	1,301
16	İlaçların hazırlanması için uzun bir süre bekletilirim.	2,528	1,170
17	Eczane çalışanları nazik ve saygılıdır.	4,012	1,033
18	İlaç aldığım eczacı, bilgilendirme yapmadan reçetedeği ilaçların muadilini verir.	2,391	1,312
19	Eczaneden ayrıldığımda ilacı nasıl kullanacağımı öğrenmiş olurum.	4,047	1,064
20	İlaç aldığım eczacı sağlığım ile ilgili danışmanlık yapar.	2,731	1,322
21	İlaç aldığım eczacı soru sormam için uygun fırsatları oluşturur.	3,097	1,279
22	İlaç aldığım eczacı sağlığımı geliştirmek veya sağlıklı kalmam için çabalar.	2,814	1,404
23	İlaç aldığım eczacı, ilaçları kullanmam konusunda güvende hissetmemi sağlar.	3,294	1,315
24	Eczaneden ayrıldığımda ilacı nerede muhafaza edeceğimi bilirim.	3,647	1,335
25	İlaç aldığım eczacı, açık anlaşılır bir şekilde konuşur.	3,941	1,137
26	İlaç aldığım eczacı, ilaç tedavimi değerlendirmek için önceki sağlık durumum ve ilaçlarım hakkında bilgi ister.	2,601	1,382
27	Eczaneden memnun ayrılmazsam eczanemi değiştiririm.	3,896	1,347
28	İlaç aldığım eczacı ilaçlarımın faydalı olup olmadığı ile ilgili benden geri dönüş alır.	2,110	1,310
29	Verdiği bilgiler konusunda eczacıya güvenirim.	3,650	1,129
30	İlaç aldığım eczacı, muadil ilaçları kullanıp kullanamayacağım konusunda tavsiyelerde bulunması beni memnun eder.	3,646	1,293
31	İlaç aldığım eczacı, eczaneye her gittiğimde beni samimi bir şekilde karşılar.	3,775	1,205
32	İlaç aldığım eczacı tüm bilgileri anlayıp anlamadığımı kontrol eder.	2,855	1,379
33	İlaç aldığım eczanenin fiziki ortamından (ferahlık, genişlik vb.) memnunum.	3,879	1,097
34	İlaç aldığım eczanenin temizliğinden memnunum.	4,173	0,980
35	İlaç aldığım eczanenin hastalar için bekleme yerlerinin bulunmasından memnunum.	4,074	1,067
36	İlaç aldığım eczaneyi başkalarına tavsiye ederim.	3,625	1,346

Anketlerde 5'li Likert ölçeğine göre yapılandırılmış ifadeler verilen cevapların değerlendirilmesi yapılırken aralıkların eşit olduğu varsayımında bulunmaktadır. Bu varsayımdan hareketle aritmetik ortalamalar için puan aralığı “0,80” hesaplanmıştır. Anketteki ifadeler yorumlanırken 1.00-1.79 “Hiçbir Zaman”, 1.80-2.59 “Nadiren”, 2.60-3.39 “Ara Sıra”, 3.40-4.19 “Sık Sık”, 4.20-5.00 “Her Zaman” şeklindeki kategori kullanılmıştır (Kaplanoğlu, 2014: 138).

Ankette yer alan her bir ifadenin aritmetik ortalamasına ve standart sapma dağılımlarına Tablo 10’da yer verilmiştir. Tabloya bakıldığında katılımcıların, eczacının ilaçların nasıl kullanılması gerektiği konusunda açıklama yapması ($4,140 \pm 1,088$), eczacının ($3,941 \pm 1,082$) ve eczane çalışanlarının nazik ve saygılı olmaları ($4,012 \pm 1,033$), eczaneden ayrıldıklarında ilacı nasıl kullanacaklarını öğrenmiş olmaları ($4,047 \pm 1,064$) noktalarında memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcılar ilaç aldıkları eczaneden genel olarak memnun ($3,885 \pm 1,118$) olduklarını ifade edip ilaç aldıkları eczaneyi başkalarına tavsiye ($3,625 \pm 1,346$) ettiklerini belirtmişlerdir.

Anket ifadelerine katılım düzeylerinden katılımcıların ilaç tedavisinde ilaç uyumunun önemini anlatma ($2,993 \pm 1,394$), ilacın yan etkilerini söyleme ($2,722 \pm 1,390$), ilacın ne için kullanıldığını açıklama ($3,556 \pm 1,301$) ve ilaçları kullanırken ilaca karşı güven duyulmasını sağlama ($3,294 \pm 1,315$) noktalarında eczacılık hizmetlerinden orta derecede memnuniyet duyduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcılar tarafından eczacıların sağlıklı yaşam konularında tavsiyede bulunmaları ($2,685 \pm 1,395$) ve sağlık danışmanlığı yapmaları ($2,731 \pm 1,322$) değerlendirildiğinde orta derecede memnuniyet duydukları tespit edilmiştir.

Anketin ifadeleri arasında “*İlaç aldığım eczanenin temizliğinden memnunum.*” ($4,173 \pm 0,980$) ifadesi katılım düzeyi en yüksek ifadeyken, “*İlaç aldığım eczacı ilaçlarımın faydalı olup olmadığı ile ilgili benden geri dönüş alır.*” ($2,110 \pm 1,310$) ifadesi katılımcılar tarafından katılım düzeyi en düşük olan ifade olarak görülmektedir.

3.2.3. Faktör Analizi Sonuçları

Bireylerin eczacılık hizmetlerinden memnuniyetinin değerlendirilmesi amacıyla hazırlanmış olan ankette yer alan ifadeler, araştırmacı tarafından oluşturulduğu için faktör analizine tabi tutulmuştur. Analizde Varimax döndürme yöntemi kullanılmış,

faktör yükü 0.30'dan düşük ifadeler, 0.10'dan daha az farkla birden fazla faktöre dahil olan binişik ifadeler ve teoriye uymayan ifadeler boyutlardan çıkarılmıştır. Faktör analizine dair sonuçlar Tablo 11'de gösterilmektedir.

Tablo 11: Eczacılık Hizmetlerinin Değerlendirilmesine İlişkin Faktör Analizi

Faktörler		Faktör Yükleri	Açıklanan Varyans
1.Faktör: Danışmanlık Rolü			
22	İlaç aldığım eczacı sağlığımı geliştirmek veya sağlıklı kalmam için çabalar.	0,805	44,738
20	İlaç aldığım eczacı sağlığım ile ilgili danışmanlık yapar.	0,800	
5	İlaç aldığım eczacı sağlıklı yaşam konusunda faydalı tavsiyelerde bulunur.	0,781	
26	İlaç aldığım eczacı, ilaç tedavimi değerlendirmek için önceki sağlık durumum ve ilaçlarım hakkında bilgi ister.	0,766	
28	İlaç aldığım eczacı ilaçlarımın faydalı olup olmadığı ile ilgili benden geri dönüş alır.	0,699	
10	İlaç aldığım eczacı tedavimin başarılı sonuçlanması için tavsiyelerde bulunur.	0,698	
1	İlaç aldığım eczacı sağlık sorunlarım/kaygılarım ile ilgilenir.	0,693	
21	İlaç aldığım eczacı soru sormam için uygun fırsatları oluşturur.	0,687	
6	İlaç aldığım eczacı ilaçların yan etkileri hakkında bilgilendirme yapar.	0,680	
23	İlaç aldığım eczacı, ilaçları kullanmam konusunda güvende hissetmemi sağlar.	0,667	
4	İlaç aldığım eczacı ilaç uyumunun önemli olduğunu anlatır.	0,664	
12	Eczacımdan sağlık konularında istediğim bilgileri alabilirim.	0,631	
32	İlaç aldığım eczacı tüm bilgileri anlayıp anlamadığımı kontrol eder.	0,629	
15	İlaç aldığım eczacı ilaçların ne için kullanacağım konusunda açıklama yapar.	0,568	
14	Gerek duyduğumda sağlık ihtiyaçlarım için eczacıya danışırım.	0,564	
2. Faktör: Fiziki Şartlar ve İletişim			
33	İlaç aldığım eczanenin fiziki ortamından (ferahlık, genişlik vb.) memnunum.	0,849	10,873
34	İlaç aldığım eczanenin temizliğinden memnunum.	0,812	
35	İlaç aldığım eczanenin hastalar için bekleme yerlerinin bulunmasından memnunum.	0,798	
31	İlaç aldığım eczacı, eczaneye her gittiğimde beni samimi bir şekilde karşılar.	0,680	
29	Verdiği bilgiler konusunda eczacıya güvenirim.	0,621	
25	İlaç aldığım eczacı, açık anlaşılır bir şekilde konuşur.	0,543	

3. Faktör: İlaç Kullanımı Bilgilendirme		
8	İlaç aldığım eczacı ilaçlarımı nasıl kullanmam gerektiği konusunda açıklama yapar.	0,821
19	Eczaneden ayrıldığımda ilacı nasıl kullanacağımı öğrenmiş olurum.	0,720
		5,253

Tablo 11’de eczacılık hizmetlerinin değerlendirilmesi anketinin 3 boyutunun faktör yükleri verilmiştir. Örneklem büyüklüğü yeterliliği, verilen faktör analizine uygunluğu ve değişkenler arasındaki korelasyonun anlamlılığı için KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) değerine bakılmış ve Barlett testi yapılmıştır. Test sonucunda KMO değeri 0,954 bulunmuştur. Bulunan değer örneklem büyüklüğünün analiz için yeterli olduğunu göstermektedir. Barlett testi sonucunda değişkenler arası korelasyonun $p < 0.00$ düzeyinde anlamlı olduğu anlaşılmıştır.

Eczacılık hizmetlerini değerlendirme anketi verilerine yapılan faktör analizi sonucunda *Danışmanlık Rolü*, *Fiziki Şartlar ve İletişim*, *İlaç Kullanımı Bilgilendirme* olmak üzere 3 faktöre ayrılmıştır. Bu faktörler, varyansın toplam %60,863’ünü açıklamaktadır. Faktörlere ilişkin bilgiler aşağıdaki gibidir:

Faktör 1- Danışmanlık Rolü: Faktör 15 ifadeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0,564 ile 0,805 arasında değişmektedir. Faktörün açıklanan varyansı 44,738, cronbach alfa değeri ise 0,936 bulunmuştur.

Faktör 2- Fiziki Şartlar ve İletişim: Faktör 6 ifadeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0,543 ile 0,849 arasında değişmektedir. Faktörün açıklanan varyansı 10,873, cronbach alfa değeri ise 0,871’dir.

Faktör 3- İlaç Kullanımı Bilgilendirme: Faktör 2 ifadeden oluşmaktadır. Faktör yükleri 0,720 ve 0,821 şeklindedir. Faktörün açıklanan varyansı 5,253, cronbach alfa değeri ise 0,710 olarak bulunmuştur.

3.2.4. Boyutların Psikometrik Özellikleri

Araştırmada bireylerin eczacılık hizmetlerine ilişkin memnuniyet değerlendirmeleri faktör analizi sonucu 3 boyut çerçevesinde değerlendirilmiş ve her bir boyutun aldığı değerler Tablo 12’de gösterilmiştir.

Tablo 12: Boyutlarının Psikometrik Özellikleri

Boyutlar	İfade Sayısı	Max-Min	Cronbach Alfa	$\bar{X}$	SS	Normallik Testi	
						Kurtosis (Basıklık)	Skewness (Çarpıklık)
Danışmanlık Rolü Boyutu	15	1-5	0,936	2,928	0,984	-0,814	0,149
Fiziki Şartlar ve İletişim Boyutu	6	1-5	0,871	3,929	0,855	-0,274	-0,631
İlaç Kullanımı Bilgilendirme Boyutu	2	1-5	0,710	4,092	0,949	0,580	-1,060

Tablo 12’de verilen her bir boyuta ait bilgiler aşağıda verilmiştir:

- **Danışmanlık Rolü Boyutu:** Bu boyut 15 ifadeden oluşmaktadır. Bu boyuttaki ifadeler ile katılımcılardan, eczacıların klasik ilaç verme işlemleri dışında ilgi düzeyleri, ilaç ve sağlık konularında tavsiye vermeleri, hastalarına danışmanlık yapmaları gibi konularda değerlendirme alınmıştır. Danışmanlık Rolü Boyutunun aritmetik ortalaması 2,928 ve standart sapması 0,984 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0,962 olarak bulunmuştur. Bu boyut yüksek derecede güvenilir bulunmuştur.

- **Fiziki Şartlar ve İletişim Boyutu:** Bu boyutta 6 ifade yer almaktadır. Bu boyut altında hem iletişime dair ifadeler hem de eczanenin fiziki şartlarından memnuniyete dair ifadeler toplanmıştır. Fiziki Şartlar ve İletişim Boyutunun aritmetik ortalaması 3,929 ve standart sapması 0,855 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0,871 olarak yüksek güvenilir bulunmuştur.

- **İlaç Kullanımı Bilgilendirme Boyutu:** Bu boyut ilaç kullanımı hakkında bilgi sahibi olmayı içeren 2 ifadeden oluşmaktadır. İlaç Kullanımı Bilgilendirme Boyutunun aritmetik ortalaması 4,092 ve standart sapması 0,949 olarak bulunmuştur. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0,710 olarak güvenilir bulunmuştur.

Araştırmalar sonucu elde edilen veri setinin normal dağılım sergileyip sergilemediğini yorumlayabilmek için basıklık ve çarpıklık katsayılarının -2 ile +2 arasında bir değer alması gerekmektedir (Kan, 2016: 116). Tablo 12’ye bakıldığında bu çalışmanın basıklık ve çarpıklık katsayılarının -2 ile +2 arasında değerler aldığı

görülmektedir. Bu sebeple veri setinin normal dağılıma uygun olduğu görülmüş ve verilerin analizinde parametrik testler kullanılmıştır.

3.2.5. Boyutların Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

Eczacılık hizmetlerinden memnuniyeti ölçen danışmanlık rolü, ilaç kullanımı bilgilendirme ve fiziki şartlar ve iletişim boyutları cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir ve çalışma durumundan oluşan demografik bilgiler ile karşılaştırılmıştır.

3.2.5.1. Danışmanlık Rolü Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Danışmanlık Rolü Boyutunun aldığı puanların demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13: Danışmanlık Rolü Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	162	2,955	1,003	t= 0,460 p= 0,646
Kadın	201	2,907	0,972	
Yaş (Yıl)				
- 24	76	2,749	0,887	F= 4,261 p= 0,006
25 – 34	111	2,786	0,985	
35 - 44	69	3,019	1,095	
45 +	88	3,214	0,984	
Medeni Durum				
Evli	218	3,038	0,995	t= 2,491 p= 0,013
Bekâr	141	2,778	0,948	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	62	3,136	1,008	F= 4,251 p= 0,002
Lise	62	3,056	1,063	
Ön Lisans	33	3,186	1,010	
Lisans	154	2,889	0,935	
Lisansüstü	51	2,489	0,865	
Aylık Gelir (TL)				
- 1603	48	2,843	1,048	F= 0,263 p= 0,852
1604 – 3500	114	2,980	0,968	
3501 – 5500	80	2,894	0,936	
5501 -	61	2,919	1,055	

Çalışma Durumu				
Kamu Sektörü	110	2,998	0,985	F= 2,400 p= 0,092
Özel Sektör	100	3,051	1,051	
Diğer	151	2,797	0,937	
Sürekli Aynı Eczaneye Gitme				
Evet	213	3,300	0,904	t=9,482 p=0,000
Hayır	148	2,405	0,851	
Kronik Hastalık				
Evet	72	3,032	1,054	t=1,017 p=0,310
Hayır	289	2,900	0,966	
Eczane Algısı				
Sağlık Kuruluşu	66	0,855	0,047	F= 16,132 p= 0,000
Ticarethane	58	0,861	0,105	
İlaç Alınan Yer	235	0,968	0,113	

Tablo 13’de görüldüğü üzere eczacıların danışmanlık boyutunun katılımcıların cinsiyetine ($t=0,460$, $p=0,646$), aylık gelirine ($F=0,263$, $p=0,852$), çalışma durumuna ($F=2,400$, $p=0,092$) ve kronik hastalığı olup olmamasına ($t=1,017$, $p=0,310$) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Danışmanlık rolü boyutunun puanları katılımcıların yaşlarına göre karşılaştırıldığında, bireylerin yaşları arttıkça danışmanlık rolünden aldıkları puanlar da artış eğilimi göstermiş ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir ($F=4,261$, $p=0,006$). Yapılan Tukey’s-b testi sonucunda farkın 45 yaş ve üzeri bireylerin danışmanlık boyutundan aldıkları puanların, 34 ve altı yaştaki bireylere göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Yaşlı bireylerde, eczacıların danışmanlık rolü üstlendiklerine dair algı daha yüksek bulunmuştur.

Bunun yanı sıra danışmanlık rolü boyutu puanlarının katılımcıların medeni durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=2,491$, $p= 0,013$). Evli bireylerin bekâr bireylere göre puanlarının yüksek olduğu görülmüştür. Bu nedenle evli bireylerde eczacının danışmanlık hizmetlerine ilişkin algı düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Danışmanlık rolü boyutu puanları katılımcıların eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmıştır ($F=4,251$, $p=0,002$). Yapılan Tukey’s-b testi sonucunda farklılığın, eğitim düzeyi yüksek olan (lisans ve lisansüstü eğitim) bireylerde, diğer gruplara göre eczacıların danışmanlık yaptığına dair algı düzeylerinin daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir..

Katılımcılar arasında eğitim düzeyi yüksek olan (lisans ve lisansüstü eğitim) bireylerde, eczacıların danışmanlık rolü üstlendiklerine dair algı düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Danışmanlık rolü boyutunun puanları sürekli aynı eczane gitme durumuna göre karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($t= 9,482$, $p= 0,000$). Sürekli aynı eczaneye giden katılımcıların, eczacının danışmanlık rolünü yerine getirdiğine dair algısı daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır.

Son olarak danışmanlık rolü boyutunun puanları bireylerin eczaneyi nasıl bir yer olarak algıladığı durumu ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($F= 16,132$, $p= 0,000$). Yapılan Tukey's-b testi sonucunda farkın, üç grubun da birbirinden farklı olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Eczaneyi ilaç alınan yer olarak görenlerin danışmanlık rolü algısı düzeylerinin en yüksek olduğu, bunu ticarethane olarak görenlerin takip ettiği ve sağlık kuruluşu olarak görenlerin görece olarak algı düzeylerinin en düşük grup olduğu anlaşılmıştır.

3.2.5.2. Fiziki Şartlar ve İletişim Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Fiziki Şartlar ve İletişim Boyutunun aldığı puanların demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14: Fiziki Şartlar ve İletişim Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	$\overline{X}$	SS	Test Değerleri
Cinsiyet				
Erkek	176	3,938	0,847	t= 0,234 p= 0,815
Kadın	211	3,917	0,864	
Yaş (Yıl)				
- 24	82	3,758	0,813	F= 6,427 p= 0,000
25 – 34	119	3,824	0,807	
35 - 44	72	4,000	0,901	
45 +	92	4,246	0,800	
Medeni Durum				
Evli	231	4,038	0,862	t= 3,149 p= 0,002
Bekâr	150	3,758	0,824	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	74	4,038	0,876	F= 3,146 p= 0,015
Lise	64	4,104	0,920	
Ön Lisans	37	4,130	0,873	

Lisans	160	3,837	0,842	
Lisansüstü	51	3,673	0,687	
Aylık Gelir (TL)				
- 1603	52	4,026	0,818	F= 1,947 p= 0,122
1604 – 3500	127	3,980	0,873	
3501 – 5500	76	3,711	0,917	
5501 -	66	3,894	0,816	
Çalışma Durumu				
Kamu Sektörü	114	3,958	0,859	F= 0,674 p= 0,511
Özel Sektör	108	3,983	0,816	
Diğer	163	3,869	0,857	
Sürekli Aynı Eczaneye Gitme				
Evet	228	4.244	0,737	t=9,678 p=0,000
Hayır	157	3,474	0,811	
Kronik Hastalık				
Evet	78	4,180	1,022	t= 0,875 p= 0,382
Hayır	322	4,076	0,932	
Eczane Algısı				
Sağlık Kuruluşu	68	4,272	0,773	F= 16,407 p= 0,000
Ticarethane	64	3,333	0,798	
İlaç Alınan Yer	250	3,972	0,823	

Tablo 14’te görüldüğü üzere eczacıların fiziki şartlar ve iletişim boyutunun katılımcıların cinsiyetine ($t=0,234$, $p= 0,815$), aylık gelirine ($F=1,947$, $p= 0,122$), çalışma durumuna ($F=0,674$, $p= 0,511$) ve kronik hastalığın olup olmamasına ($t=0,875$, $p=0,382$) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Fiziki şartlar ve iletişim boyutunun puanları katılımcıların yaşına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F=6,427$, $p=0,000$). Yapılan Tukey’s-b testi sonucunda farkın, 45 yaş ve üzeri bireylerin fiziki şartlar ve iletişim boyutundan memnuniyet düzeylerinin 34 yaş ve altı bireylere göre daha yüksek olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Yaşlı bireylerin, eczanenin fiziki şartlarından ve eczacı veya eczane çalışanları ile olan iletişim düzeyinden daha memnun olduğu söylenebilir.

Fiziki şartlar ve iletişim boyutunun puanları katılımcıların medeni durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($t=3,146$, $p= 0,002$). Evli bireylerin, bekâr bireylere göre puanlarının yüksek olduğu görülmüştür.

Fiziki şartlar ve iletişim boyutunun puanları katılımcıların eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmıştır ($F=4,251$, $p=0,002$). Yapılan Tukey's-b testi sonucunda farkın, lisansüstü eğitime sahip bireylerin lise ve ön lisans grubundaki bireylere göre daha az memnun olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir. Katılımcıların memnuniyet düzeylerine ilişkin en çok memnun olan grubu ön lisans ve ilköğretim eğitimine sahip bireyler oluştururken en az memnuniyet düzeyine sahip grubun lisansüstü eğitimi görmüş bireylerden oluştuğu sonucuna ulaşılmıştır.

Fiziki şartlar ve iletişim boyutunun puanları katılımcıların sürekli aynı eczaneye gitme durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmıştır ($t=9,678$, $p=0,000$). Sürekli aynı eczaneden hizmet alan bireylerin, eczanenin fiziki şartlarından memnuniyet düzeyi daha yüksek iken eczanede kendileri ile ilgilenen kişilerle olan iletişimlerinin de daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir.

Son olarak fiziki şartlar ve iletişim boyutunun puanları katılımcıların eczane algısı durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ($F=16,407$, $p=0,000$). Yapılan Tukey's-b testi sonucunda farkın, üç grubun da birbirinden farklı olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Eczaneyi sağlık kuruluşu olarak görenlerin fiziki şartlardan memnuniyetinin en yüksek olduğu, bunu ilaç alınan yer olarak görenlerin takip ettiği ve ticarethane olarak görenlerin görece olarak memnuniyetlerinin en düşük grup olduğu anlaşılmıştır.

3.2.5.3. İlaç Kullanımı Bilgilendirme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

İlaç Kullanımı Bilgilendirme Boyutunun aldığı puanların demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 15'de verilmiştir.

Tablo 15: İlaç Kullanımı Bilgilendirme Boyutunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Değişkenler
Cinsiyet				
Erkek	182	4,159	0,996	t= 1,224 p= 0,222
Kadın	220	4,043	0,905	

Yaş (Yıl)				
- 24	84	4,036	1,017	F= 6,427 p=0,395
25 – 34	119	4,088	0,887	
35 - 44	80	4,094	1,028	
45 +	96	4,260	0,871	
Medeni Durum				
Evli	243	4,124	0,939	t= 0,561 p= 0,575
Bekâr	153	4,069	0,958	
Eğitim Durumu				
İlköğretim	76	4,132	0,932	F=0,173 p=0,952
Lise	66	4,046	1,115	
Ön Lisans	37	4,176	0,966	
Lisans	169	4,098	0,948	
Lisansüstü	53	4,047	0,742	
Aylık Gelir (TL)				
- 1603	55	3,964	0,985	F= 1,510 p= 0,212
1604 – 3500	130	4,086	0,971	
3501 – 5500	83	3,994	0,992	
5501 -	66	4,280	0,760	
Çalışma Durumu				
Kamu Sektörü	116	4,207	0,802	F= 1,625 p= 0,198
Özel Sektör	116	3,983	1,055	
Diğer	168	4,095	0,960	
Sürekli Aynı Eczaneye Gitme				
Evet	234	4,301	0,857	t= 5,300 p= 0,000
Hayır	166	3,807	1,006	
Kronik Hastalık				
Evet	77	4,173	0,819	t= 2,873 p= 0,004
Hayır	308	3,863	0,856	
Eczane Algısı				
Sağlık Kuruluşu	71	4,380	0,694	F= 7,158 p= 0,000
Ticarethane	68	3,683	1,122	
İlaç Alınan Yer	258	4,128	0,923	

Tablo 15’te görüldüğü üzere eczacıların ilaç kullanımı bilgilendirme boyutunun katılımcıların cinsiyetine ($t=1,224$, $p= 0,222$), yaşına ($F=6,427$, $p= 0,395$), medeni durumuna ($t=0,561$, $p= 0,575$), eğitim durumuna ($F=0,173$, $p= 0,952$), aylık gelirine ($F=1,510$, $p= 0,212$) ve çalışma durumuna ($F=1,625$, $p= 0,198$) göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak ilaç kullanımı bilgilendirme boyutunun puanları katılımcıların yaşlarına göre karşılaştırıldığında, istatistiksel anlamda fark bulunmamış olmasına rağmen bireylerin yaşları arttıkça ilaç kullanımı bilgilendirme boyutundan aldıkları puanların da artış eğiliminde olduğu görülmektedir.

İlaç kullanımı bilgilendirme boyutunun puanları katılımcıların sürekli aynı eczaneyi kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmıştır ($t=5,300$, $p=0,000$). Sürekli aynı eczaneye giden bireylerin, eczacının klasik görevi olan ilaç kullanımı bilgilendirmesinden memnuniyet düzeyi farklı eczanelerden hizmet alan bireylerden daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

İlaç kullanımı bilgilendirme boyutunun puanları katılımcıların kronik hastalığı olup olmama durumuna göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmıştır ($t=2,873$, $p=0,004$). Kronik hastalığı olan katılımcıların, eczacıların ilaç bilgilendirme görevini yerine getirmesinden memnuniyet düzeyleri daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Son olarak ilaç kullanımı bilgilendirme boyutunun puanları katılımcıların eczane algılarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ortaya çıkmıştır ($F=7,158$, $p=0,000$). Yapılan Tukey's-b testi sonucunda farklılığın eczaneyi ticarethane olarak gören bireylerin ilaç kullanımı hakkında bilgilendirme faaliyetinden memnuniyet düzeylerinin, eczaneyi sağlık kuruluşu ve ilaç alınan yer olarak gören bireylerinkinden daha düşük olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

3.2.6. Ankete Katılan Bireylere Yönelik İfadeler

Ankette katılımcılara sorulan çoktan seçmeli soruların cevaplarını değerlendirmek için frekans analiz yapılmıştır. Bu başlık altında soruların teker teker frekans analizleri sonuçları verilmiştir.

“Eczanede sizinle kim ilgileniyor?” sorusuna verilen cevapları inceleyebilmek amacıyla frekans analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16: Eczanede İlgilenen Kişilere İlişkin Bulgular

Eczanede İlgilenen Kişi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eczacı	127	31,1
Eczane Teknikeri	240	58,8
Bilmiyorum	41	10
TOPLAM	408	100

Tablo 16’da görüldüğü üzere katılımcıların % 31,1’i eczanede kendisiyle eczacının ilgilendiğini belirtirken %58,8’i eczane teknikerinin ilgilendiğini belirtmiştir. %10’lu kesi ise eczanede kim ile muhatap olduğunu bilmediğini ifade etmiştir. Katılımcıların genel olarak eczanede eczane teknikerinden hizmet aldığı söylenebilir.

Araştırmaya dahil olan katılımcıların “*Eczane sizin için nasıl bir yerdir?*” sorusuna vermiş oldukları cevapların analiz verileri Tablo 17’de gösterilmektedir.

Tablo 17: Katılımcıların Eczaneyi Tanımladıkları Yere İlişkin Bulgular

Eczaneyi Tanımlama	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlık Kuruluşu	73	18
Ticarethane	68	16,8
İlaç Alınan Yer	263	64,9
Diğer	1	0,2
TOPLAM	405	100

Katılımcıların %64,9’luk büyük bir kısmı eczaneyi “ilaç aldıkları yer” olarak tanımlarken, %18’lik kesim “sağlık kuruluşu” olarak ve %16,8’lik kesim “ticarethane” olarak tanımlamışlardır. Eczanenin çoğunlukla ilaç satılan herhangi bir yer olarak algılandığı görülmektedir.

Katılımcıların, “*Eczacı ne iş yapar?*” sorusuna verdikleri cevapları incelenmiş ve elde edilen sonuçlar Tablo 18’de gösterilmiştir.

Tablo 18: Katılımcıların Eczacıyı Tanımlamak İçin Kullandıkları İfadeler

Eczacıyı Tanımlama	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sağlık Hizmeti Sunucusu	123	21,4
Sağlık Danışmanı	92	16
İlaç Satıcısı	356	61,9
Diğer	4	0,7
TOPLAM	575	100

Tablo 18’de görüldüğü üzere katılımcılar bu soruya birden fazla cevap vermişlerdir. Katılımcılara göre %61,9’u eczacıları “ilaç satıcısı” olarak görürken %21,4’ü “sağlık hizmeti sunucusu” ve son olarak %16’sı “sağlık danışmanı” olarak tanımlanmışlardır.

Araştırmaya katılan katılımcıların, “*Sürekli olarak müşterisi olduğunuz bir eczaneniz var mı?*” sorusuna vermiş oldukları cevapları analiz edebilmek amacıyla frekans analizi yapılmıştır. Elde edilen veriler Tablo 19’da gösterilmektedir.

Tablo 19: Katılımcıların Sürekli Müşterisi Oldukları Eczaneye İlişkin Bulgular

Sürekli Müşterisi Olunan Eczane	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	239	58,7
Hayır	168	41,3
TOPLAM	407	100

Katılımcıların %58,7’si sürekli aynı eczaneye gittiğini belirtirken %41,3’ü sürekli müşterisi oldukları bir eczanelerinin olmadığını ifade etmişlerdir. Müşteri sadakatinin yaklaşık yarı yarıya olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılan katılımcıların, “*Eczaneye gitmenizdeki temel amaçlar nedir?*” sorusuna vermiş oldukları cevapların frekans analizinden elde edilen veriler Tablo 20’de gösterilmektedir.

Tablo 20: Eczaneye Gitme Amacına İlişkin Bulgular

Eczaneye Gitme Amacı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Reçeteli ilaç alma	388	58,1
Gıda takviyesi gibi ilaç benzeri ürünler almak	64	9,6
İlaç dışı ürünler almak	88	13,2
Sağlık danışmanlığı almak	81	7,6
Eczacılık hizmeti almak	73	10,9
Diğer	4	0,6
TOPLAM	668	100

Tablo 20’de görüldüğü üzere bu soruya birden fazla cevap verilmiştir. Katılımcılar en çok eczaneye reçeteli ilaç almak için gitmektedir. Reçeteli ilaç almayı %13,2 ile kozmetik, bebek ve kişisel bakım gibi ilaç dışı ürünler alma, %10,9 ile tansiyon ölçümü gibi eczacılık hizmeti alma, %9,6 ile gıda takviyesi gibi ilaç benzeri ürünler alma amaçları takip etmektedir. Bu verilere göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%58,1) reçeteli ilaç almak için eczaneye gittikleri sonucuna varılabilir.

Araştırmaya katılan katılımcıların, “*Eczane seçiminizi etkileyen faktörler nelerdir?*” sorusu sorulmuş ve katılımcıların vermiş oldukları cevapların frekans analizinden elde edilen veriler Tablo 21’de gösterilmektedir.

Tablo 21: Eczane Seçimini Etkileyen Faktörler

Faktörler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Eczaneye ulaşım	294	38,8
Eczacı ile olan geçmiş deneyimler	127	16,8
Nitelikle ve güler yüzlü personel	231	30,5
Eczacılık hizmeti sunması	100	13,2
Diğer	6	0,8
TOPLAM	758	100

Tablo 21’de görüldüğü üzere, katılımcılar bu soruya birden fazla cevap vermiştir. Katılımcıların eczane seçerken dikkat ettikleri faktörlerin başında %38,8’lik oranla eczaneye ulaşım gelmektedir. Eczane seçimini etkileyen diğer faktörler; nitelikli ve güler yüzlü personel (%30,5), eczacı ile geçmiş deneyimler (%16,8), eczacılık hizmeti sunması (%13,2) şeklinde sıralanmaktadır.

Araştırmaya katılan katılımcılara “*Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren kronik bir hastalığınız var mı?*” sorusu sorulmuş ve verilen cevaplar frekans analizi ile analiz edilmiştir. Bu soruda katılımcıların %80,3 kronik bir hastalığı olmadığını belirtirken %19,7’si sürekli ilaç kullanmaları gereken bir kronik hastalığa sahip olduklarını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan katılımcılara, “*Son 3 ay içinde ortalama kaç defa eczaneye gittiniz?*” sorusu sorulmuş ve katılımcıların vermiş oldukları cevapların frekans analizinden elde edilen veriler Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22: Katılımcıların Son 3 Ay İçinde Eczaneye Gitme Sıklığına Ait Bulgular

Eczaneye Gitme Sıklığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Hiç gitmeyenler	36	9,2
1- 3 kez	243	62,1
4-6 kez	72	18,4
7 +	40	10,2
TOPLAM	391	100

Tablo 22’den anlaşıldığı üzere katılımcıların %62,1’lik kısmı son 3 ay içerisinde 1-3 kez eczaneye gittiklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların %9,2’si hiç eczaneye gitmediğini, %10,2’sinin 7 ve daha fazla eczaneye gittiğini söylemiştir. Ayrıca Tablo 23’de görüldüğü üzere bireylerin ortalama eczaneye 3,10 kez gittikleri tespit edilmiştir. Bu durumda bireylerin ortalama ayda 1 kez eczaneye gittikleri sonucuna varılabilir.

Tablo 23: Katılımcıların Son 3 Ay İçinde Ortalama Eczaneye Gitme Oranı

Son Üç Ay içinde Eczaneye Gitme Sıklığı	N	Min-Max	$\bar{X}$	SS
	391	0-20	3,10	2,867

Araştırmaya katılan katılımcıların, “Eczanelerin aile hekimliği gibi birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu olduğunu biliyor muydunuz?” sorusu sorulmuş ve katılımcıların vermiş oldukları cevaplar frekans analizi ile analiz edilmiştir. Analizden elde edilen veriler Tablo 24’te gösterilmektedir.

Tablo 24: Katılımcıların Eczanelerin Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu Oluşuna Dair Farkındalık Düzeyleri

Eczanelerin Birinci Basamak Sağlık Kuruluşu Olarak Farkındalığı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	146	36
Hayır	260	64
TOPLAM	406	100

Tablo 24’te görüldüğü üzere katılımcıların %64’ü eczanelerin birinci basamak sağlık kuruluşu olduğunu bilmedikleri, geriye kalan %36’lık kesimin ise bu bilgiye sahip oldukları tespit edilmiştir.

Anket formunda yer alan açık uçlu soruda katılımcıların eczacılık hizmetine dair şikâyetçi oldukları bazı noktalar tespit edilmiştir. Eczacıların tüccar (paragöz) olması (%16,8), hastalara bilgilendirme yapılmadan muadil ilacın verilmesi (%10,5) ve hastalara müşteri gözüyle bakılması (%2,1) bireylerin rahatsız oldukları için dile getirdikleri durumlardır. Ancak açık uçlu soruda eczacıların tüccar olduklarını belirtenlerin sayısının az olması ve yapılan analizlerde eczanenin ticarethaneden ziyade

ilaç alınan yer olarak tanımlanması, eczacılara atfedilen ticarethane imajının genel geçer bir yargı olmadığını göstermektedir.

Ayrıca açık uçlu soruya verilen 95 cevap içerisinde katılımcıların eczacılık hizmetlerine dair çeşitli önerileri ve beklentileri de tespit edilmiştir. Katılımcılar, eczacıların daha çok bilgi paylaşımında bulunmaları (%16,8), hastalarına daha çok ilgi göstermeleri (%4,2), güler yüzlü olmaları (%9,5), daha samimi ve iletişime açık olmaları (%2,1) ve eczane teknikerlerinin değil bizzat kendilerinin hastalarla ilgilenmesi gerektiğini belirtmişlerdir. Ayrıca katılımcılar, nöbetçi eczane sayısının arttırılması (%5,3) ve eczaneler için sağlık kuruluşu vurgusunun yapılması (1,1) önerilerinde bulunmuşlardır.

3.2.7. Hipotezlerin Değerlendirilmesi

Araştırmada oluşturulan hipotezlerin kabul veya red durumları Tablo 25'te gösterilmektedir.

Tablo 25: Hipotezlerin Kabul ve Red Durumları

No	Hipotez	Kabul/Red
1	Bireylerin eczacılara dair danışmanlık rolü algısı eczane algısına göre farklılık göstermektedir.	Kabul
2	Bireylerin eczacılara dair danışmanlık rolü algısı kronik hastalığın olup olmama durumuna göre farklılık göstermektedir.	Red
3	Bireylerin eczacılara dair danışmanlık rolü algısı sürekli aynı eczaneyi tercih edip etmeme durumuna göre farklılık göstermektedir.	Kabul
4	Bireylerin eczacıların yaptıkları ilaç kullanımı bilgilendirmesinden memnun olma durumu kronik hastalığın olup olmamasına göre farklılık göstermektedir.	Kabul
5	Bireylerin fiziki şartlardan memnun olma durumu eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.	Red
6	Bireylerin eczacılara dair danışmanlık rolü algısı yaş gruplarına göre farklılık göstermektedir.	Kabul

Araştırmada kurulan hipotezler test edilmiş ve hipotezlerin kabul edildiği saptanmıştır. Ancak yaş ve eğitim boyutlarında ilaç kullanımı bilgilendirme boyutuna göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

3.3. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırma kapsamında yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgular tartışılmış ve eczacılık hizmetlerinden memnuniyet ile ilgili yapılan literatürdeki çalışmaların bulguları ile karşılaştırılmıştır.

Eczacılık hizmetlerinin değerlendirme anketinin ifadelerine bakılarak; araştırmadaki ifadeler arasında en yüksek “İlaç aldığım eczanenin temizliğinden memnunum.” ($4,173 \pm 0,980$), en düşük ise “İlaç aldığım eczacı ilaçlarımın faydalı olup olmadığı ile ilgili benden geri dönüş alır.” ($2,110 \pm 1,310$) ifadelerinden memnun olduğu tespit edilmiştir. Benzer bir sonuç Akpınar’ın (2015) çalışmasında da elde edilmiştir. Katılımcılara yöneltilen “Eczacıım ilaçlarımın faydalı olup olmadığı ile ilgili bana görüşümü sorar.” ifadesine %46,6 katılım olduğu tespit edilmiştir. Mináriková ve arkadaşları (2016) tarafından Slovakya’da hasta memnuniyetinin ve serbest eczanelerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada da en düşük puan alan ifadelerden birinin bu çalışmada olduğu gibi “İlaçlarınızın ne kadar işe yaradığını eczacı sizinle ne sıklıkla kontrol eder.” ($2,69$)⁹ ifadesi olduğu tespit edilmiştir.

Eczacıların sundukları hizmetler arasında ilaç hakkında bilgilendirme, tedaviye yöneltme, tavsiyede bulunma, tedavi sürecini kontrol etme işlevleri bu çalışmada “danışmanlık rolü” boyutunun olarak adlandırılırken, Mináriková ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan çalışmada “tedavi yönetimi” olarak adlandırılmıştır. Benzerlik gösteren ifadelerle bakıldığında ortalamalarının da yakın değer aldıkları tespit edilmiştir.

Araştırmada danışmanlık rolü boyutunun en düşük ortalama değeri aldığı ortaya çıkmıştır. Benzer şekilde Mináriková ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da bireylerin tedavi yönetiminden memnuniyet düzeylerinin en düşük olduğu saptanmıştır ve Slovakya eczanelerinde hastalık tedavisi veya ilaca bağlı tedavi ile ilgili spesifik danışmanlık yapılmadığı belirtilmiştir. Aynı durumun Isparta ilinde de geçerli olduğunu

⁹ Bu çalışmada “1=çok memnunun”, “2= memnunun”, “3=ne memnunun ne değilim”, “4= memnun değilim”, “5=hiç memnun değilim” şeklinde kodlandığı için ortalamalar ters çevrilerek alınmıştır. İfadelerin standart sapma değerleri verilememiştir.

söylememiz mümkündür. Alhomoud ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada da danışmanlık ile alakalı boyutun en düşük memnuniyet düzeyine sahip olduğu tespit edilmiştir.

Hasta ile eczacı arasında sözlü olmayan iletişim üzerinde çevresel etmenlerin etili olduğu düşünülmektedir. Mekanın ışıklandırması, kullanılan renklerin dekorasyonu, ferahlığı, genişliği ve temizliği eczacı ile olan iletişimi etkileyen faktörler olmakla birlikte eczacı hakkındaki algıları da etkilemesi mümkündür (Tindall et al., 1989; Çağırıcı ve Yeğenoğlu, 2007: 38). Çalışmamızda eczanenin temizliği, ferahlığı ve genişlik olarak yeterli olması gibi fiziki şartları değerlendiren ifadeler ile eczacıyla iletişimden memnuniyeti değerlendiren ifadeler “*fiziki şartlar ve iletişim*” olarak adlandırılan tek bir boyut altında toplanmıştır. Katılımcıların bu boyuttan iyi derecede memnun oldukları tespit edilmiştir. Bu çalışmada eczanelerin fiziki şartlarının iyi olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışmaya katılan bireylerin yaş değişkenine göre karşılaştırması yapıldığında danışmanlık rolü ve fiziki şartlar- iletişim boyutlarında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Yaş arttıkça bireylerin eczacıların danışmanlık yaptıklarına dair algılarının da yükseldiği ve 45 yaş üstü bireylerin daha memnun oldukları saptanmıştır (Tablo 13). Fiziki şartlar ve iletişim boyutunda da benzer şekilde yaş arttıkça memnuniyet düzeyinin yükseldiği anlaşılmıştır (Tablo 14). Bu durumda yaşlı bireylerde memnuniyetin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Alhomoud ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada ise yaş arttıkça eczacılık hizmetlerinden memnuniyetin azaldığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların medeni durumları ile danışmanlık rolü ve fiziki şartlar-iletim boyutlarının karşılaştırılmasına bakıldığında, her iki boyutta evli bireylerin memnun olma durumları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 13, 14). Katılımcıların eğitim durumu ile danışmanlık rolü boyutu karşılaştırıldığında ise bireylerin, eczacıların danışmanlık yaptıklarına dair algıları orta düzeyin altında kalmıştır. En düşük algıya sahip bireylerin, en eğitilmiş grup olan lisansüstü eğitim seviyesindeki hastalar olduğu tespit edilmiştir. En yüksek algıya sahip gruplar ise ön lisans ve ilköğretim eğitimi alan hastalardan oluştuğu saptanmıştır (Tablo 13).

Katılımcıların eğitim durumunun fiziki şartlar ve iletişim boyutu ile karşılaştırılması sonucu, genel memnuniyet düzeyinin orta derecenin üzerinde iyi

olduğu anlaşılmıştır. Eğitim değişkeni içerisinde en ez memnun olan grubun lisansüstü eğitim alan kişiler olduğu tespit edilmiştir (Tablo 14). Alhomoud ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada ise eğitim seviyesi düşük olan hastaların iletişim kalitesinden memnuniyetlerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların demografik değişkenlere göre ilaç kullanımı bilgilendirme boyutu arasında anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte, bu boyutun memnuniyet düzeyinin diğer boyutlardan daha yüksek çıktığı ve genel olarak 4'ün üzerinde olduğu saptanmıştır (Tablo 15).

Çalışmaya katılan bireylerin %58,8'i eczanede kendileriyle eczane teknikerlerinin ilgilendiğini belirtmişlerdir. Kendileriyle eczanede kimin ilgilendiğini bilmeyenler ise katılımcıların %10'unu oluşturmaktadır. Açık uçlu soruya verilen cevaplara bakıldığında katılımcıların bu durumdan rahatsız oldukları tespit edilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin %58,7'si sürekli aynı eczaneye gittiklerinin belirtmişlerdir. Benzer şekilde Yeğenoğlu Onaran'ın (1994) yaptığı çalışmada da katılımcıların %83'ünün sürekli aynı eczaneye gittiği tespit edilmiştir. Akpınar'ın (2015) yaptığı çalışmada da katılımcıların %56,1'inin aynı eczaneye gittiği saptanmıştır. Sürekli aynı eczaneye gitme durumu ile her üç boyut ile karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Sürekli aynı eczaneyi tercih edenlerin eczacıya dair danışmanlık algıları daha yüksek, eczanenin fiziki şartlarından ve eczacı ile ilan iletişiminden daha memnun, eczacını ilaç kullanımı bilgilendirmesinden de daha memnun oldukları saptanmıştır. Sürekli aynı eczaneye gitme durumu zamanla daha güçlü iletişim kurulmasına, tanışık olma durumunun gerçekleştirilmesine, hastanın rahatsızlıklarının eczacı tarafından daha bilinir ve izlenebilir duruma gelmesine ve de zamanla güven ortamının kurulması ile eczacıdan tavsiye alma noktasında gelişmelerin yaşanmasına yol açabilir. Tüm bu durumlar memnuniyeti etkileyen faktörler olarak görülebilir. Ayrıca bu durumlar zamanla eczacıyı istenilen profesyonel danışman statüsüne de getirme açısından önemlidir.

Yeğenoğlu Onaran'ın (1994) yaptığı çalışmada katılımcıların % 17 si eczacıları tüccar olarak tanımlarken %83'ü sağlıklı olarak tanımlamışlardır. Bu çalışmada da katılımcıların eczane algısını ölçmek için eczaneyi nasıl bir yer olarak tanımladıkları sorulmuştur. Katılımcıların %64,9 "ilaç alınan yer" olarak tanımlarken, %16,8'lik gibi küçük bir grup (68 kişi) "ticarethane" olarak gördüğünü belirtmiştir (Tablo 17). Ankette

yer alan açık uçlu soruda da tekrardan vurgulamak isteyen 18 kişi “eczanelerin ticarethane mantığıyla çalıştığını, eczacıların paragöz olduklarını, eczacıların esnafa dönüştüğünü ve hastayı müşteri olarak gördüklerini” belirtmişlerdir. Ancak katılımcıların büyük çoğunluğunun böyle düşünmediği ilaç aldıkları yer olarak gördükleri tespit edilmiştir. Eczanelerin ilaç satılan yer olarak görülmesine paralel olarak katılımcılar eczacıları ilk sırada “ilaç satıcısı” olarak tanımlamışlardır.

Eczanelere ilaç alınan yer başka bir deyişle ilaç satılan yerler olarak bakıldığında eczanelerin ticaret yaptığını söylemek mümkün olur. Lakin katılımcıların eczaneleri ticarethaneden ziyade ilaç alınan yer olarak belirtmeleri eczanelerin kötü bir imajı olmadığını gösterir niteliktedir. İki tanı arasındaki nüans farkı katılımcılarca fak edilmiş olup eczanelerin sağlık hizmeti sağlamanın yanında ticari özelliği olsa bile eczanenin ticarethane olmadığı sayısal verilerle ortaya konulmuştur.

Bu çalışmada katılımcıların eczaneye gitmelerindeki temel amaç reçeteli ilaç almak olarak tespit edilmiştir. Danışmanlık hizmeti için gidenler olmakla birlikte oranları azdır. Katılımcılardan %7,6’lık küçük bir grup, sağlık danışmanlığı için de eczaneye gittiğini belirtmiştir. Benzer durum Yeğenoğlu Onaran’ın (1994) çalışmasında da tespit edilmiştir. Katılımcılar eczaneye en çok ilaç almak için gittikleri belirtmişlerdir. Mináriková ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da katılımcıların %70,4’ünün ilaç almak için %12’sinin danışmak için eczaneye gittiği tespit edilmiştir.

Çalışmada belirli bir eczane seçimini etkileyen temel faktörün ulaşım olarak tespit edilmiştir. Benzer şekilde El Hajj ve arkadaşları (2011) tarafından Katar’da yapılan ve de Mináriková ve arkadaşlarının (2016) Slovakya’da yaptıkları çalışmada eczane seçiminde en etkili faktörün ulaşım olduğu ortaya konulmuştur

Serbest eczaneler, hastalar için sınırsız, yüksek nitelikli, ücretsiz sağlık hizmeti sunan ve en önemlisi kolay ulaşılabilir sağlık hizmeti sunucuları olarak tanımlanmaktadır (Mináriková vd., 2016: 28). Ancak yapılan çalışmada bireylerin ayda 1 kez eczaneye gittikleri tespit edilmiştir. Yeğenoğlu Onaran’nın (1994) Ankara ilinde sosyo-demografik özellikleri farklı iki mahallede gerçekleştirdiği çalışmasında da katılımcıların ayda 1 defa eczaneye gittikleri sonucuna ulaşılmıştır. Kuzey İrlanda’da (Birleşik Krallık) yapılan bir çalışmada ayda en az 1 defa eczaneye gidildiği tespit edilmiştir (Wazaify, 2005). Benzer şekilde El Hajj ve arkadaşları (2011) tarafından

Katar’da yapılan çalışmada da bireylerin ayda en az 1 kez eczaneye gittikleri saptanmıştır.

Anket uygulaması esnasında katılımcıların çoğu “eczacımıza soru sorarsak cevap veriyor.” ibaresini kullanmışlardır. Araştırmamızda da ifadeler arasında yer alan “İlaç aldığım eczacı soru sormam için uygun fırsatları oluşturur.”(3,097) ifadesine katılım orta düzeyin altında kalmıştır. Ayrıca anket geliştirme aşamasında eczacılarla yapılan görüşmeler esnasında eczacıların da benzer bir ifade kullandıkları tespit edilmiştir. Tüm bu tespitler değerlendirildiğinde eczacıların iletişim için ilk adımı hastalardan beklediği sonucuna varılabilir. Benzer şekilde El Hajj ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada “Reçeteli ilaçlarımı satın aldığımda eczane bana reçetemi veriyor, ilaç tedavisi konusunda bana rehberlik ediyor ve soru sormamı teşvik ediyor.”(2,02)¹⁰ ifadesinden memnuniyet düzeyi düşük bulunmuştur. Alhomoud ve arkadaşlarının (2016) yaptıkları çalışmada da benzer şekilde eczacıların “ilaç danışmanlığı sağlamak ve hastaları ilaçlarla ilgili sorular sormaya teşvik etmek” ifadesi en düşük puanı almıştır.

3.4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada bireylerden, eczacının ve eczanelerin sundukları hizmetleri nasıl algılandıkları ve beklentilerinin karşılanıp karşılanmadığını değişen eczacı rolleri bağlamında değerlendirmeleri istenmiştir. Çalışma kapsamında Isparta il merkezinde ikamet eden toplam 411 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmacı tarafından oluşturulan anketin ifadeleri faktör analiz sonucunda 3 boyutta toplanmıştır. İlk faktör olan danışmanlık rolü boyutunda eczacının, hastaya ilaçların yan etkisini ve ilaç uyumunu anlatması, hastadan ilaç ve sağlığı konularında geri dönüt alması ve sağlıklı yaşam başta olmak üzere çeşitli tavsiyelerde bulunması gibi görevleri içeren 15 ifade yer almıştır. İkinci faktör olan fiziki şartlar ve iletişim boyutunda hem eczanenin fiziki şartları hem de eczacı ile hasta arasındaki iletişim 6 ifade ile değerlendirilmiştir. Son faktör olan ilaç kullanımı bilgilendirme boyutunda eczacının hastalara ilacı nasıl kullanmaları gerektiğini anlatıp anlamadığını ölçen 2 ifade yer almıştır.

¹⁰ Bu çalışmada “1=tamamen katılıyorum ya da katılıyorum”, “2=kararsızım”, “3=tamamen katılmıyorum ya da katılmıyorum”, şeklinde kodlandığı için ortalamalar ters çevrilerek alınmıştır. İfadelerin aldıkları standart sapma puanları verilememiştir.

Özellikle gelişmiş ülkelerde 1970'lerden beri hastaya yönelik hizmet anlayışı ile eczacılık hizmetlerinin sunulmaya başlaması ile birlikte birinci basamak sağlık hizmeti sunumu bağlamında başarılı bir gelişme kat edilmiştir. Hastaya yönelik eczacılık hizmeti dönemi olarak adlandırılan günümüzde eczacılardan ilaç ve sağlık konularında tavsiyelerde bulunmaları, yönlendirme yapmaları ve hastaları kontrol altında tutmaları beklenmektedir. Bu bağlamda yapılan literatür taramasında Türkiye'de eczacıların sundukları hizmeti genel olarak değerlendiren güncel bir çalışma ile karşılaşılmamıştır. Bu açıdan araştırmanın sonuçlarının değerli olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca SDP ile sağlık hizmeti sunumunda büyük gelişmelerin yaşandığı ve sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyinin yükseldiği bilinmektedir. Ancak SDP sonrası eczacılık hizmetleri özelinde durumun ne olduğunu ortaya koyan bir çalışma ile literatürde karşılaşılmamıştır. Bu sebeple araştırma, eczacılık hizmetlerinden memnuniyeti değerlendirmesi açısından da önem taşımaktadır.

Araştırmada eczacılık hizmetleri, öncelikle danışmanlık rolü boyutunda ele alınmıştır. Ayrıca hastaların eczacı ile olan iletişimleri, eczanenin fiziki şartları ve eczacının klasik görevi olarak kabul edilen ilaç bilgilendirme boyutları hastalar tarafından değerlendirilmiştir. Hastaların en çok memnun oldukları konunun ilaç kullanımı bilgilendirmesi olduğu tespit edilmiştir. Hastaların fiziki şartlar ve iletişim boyutundan memnuniyetlerinin iyi düzeydeyken, değişen eczacılık rollerinin değerlendirilmesinin alındığı danışmanlık rolü boyutunda hastaların algılarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur.

Demografik değişkenlerden yaş grubuna bakıldığında yaş arttıkça, bireylerin eczacılara ilişkin danışmanlık rolü algılarının da yükselme eğiliminde olduğu sonucuna varılmıştır. Yine hastaların yaşı arttıkça fiziki şartlardan memnuniyet düzeylerinin yükseldiği ve eczacılar veya eczane çalışanları ile daha tatmin edici iletişim gerçekleştirdikleri sonucu elde edilmiştir. Yaşlı bireylerin eczacılık hizmetlerinden genel olarak daha memnun oldukları sonucuna ulaşılmıştır. Bir diğer sonuç olarak da, eğitim seviyesi yüksek bireylerin eczacıların danışmanlık yaptıklarına dair algıları orta düzeyde çıkarken, eczanenin fiziki şartlarından ve eczane çalışanları ile olan iletişimden memnuniyet düzeylerinin iyi olmakla birlikte diğer gruplara göre daha düşük olduğu sonucuna varılmıştır.

Araştırmada ortaya çıkan ilaç kullanımı bilgilendirme boyutunda demografik değişkenlere göre genel olarak memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Eczacıların, ilaçların nasıl kullanılacağına dair yazılı ve sözlü bilgilendirmeyi genel olarak yaptıkları ve bireylerin bu durumdan memnun oldukları sonucuna varılmıştır.

Araştırma sonucunda eczacıların değişen roller bağlamında hizmet sunumunda yetersiz oldukları, hastaların eczacıların danışmanlıklarından orta derecede memnun oldukları sonucuna varılmıştır. Ancak eczanelerin fiziki şartlarının iyi olduğu, hastalarla iletişim noktasında hastaları memnun ettikleri ve ilaç kullanımı hakkındaki bilgilendirme yaptıkları tespit edilmiş ve hastaların genel olarak bu noktalarda yüksek derecede memnun oldukları bulunmuştur.

Çalışmada bireylerin ortalama ayada 1 kez eczaneye gittikleri tespit edilmiştir. Ayrıca bireylerin büyük çoğunluğunun, eczanelerin birinci basamak sağlık kuruluşu statüsüne sahip olduğunu bilmedikleri, eczaneyi ilaç aldıkları herhangi bir yer olarak tanımladıkları ve eczacıları da ilaç satıcısı olarak gördükleri sonucuna ulaşılmıştır. Eczacıları sağlık danışmanı olarak tanımlayan bireyler olmakla birlikte genele bakıldığında sağlık danışmanı olarak görmedikleri tespit edilmiştir. Bireylerin eczaneye gitmedeki temel amaçları reçeteli ilaç almak olduğu anlaşılmıştır. Çalışmada yapılan analizler ve açık uçlu sorunun değerlendirilmesi sonucunda hastalarla daha çok eczane tekniklerinin ilgilendiği tespit edilmiştir.

Araştırmanın sonuçlarından ve katılımcıların önerilerinden hareketle aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir:

1. Farmasötik bakım içerisinde değerlendirilebilecek danışmanlık rolünden memnuniyet orta düzeyde bulunmuştur. Ancak daha kaliteli ve günümüz şartlarına uygun hizmet sunumu için eczacılar, hasta merkezli anlayışa uygun şekilde davranışlarını değiştirmelidir.
2. Eczacıların erişilebilirliği, güvenilirliği ve ilaç bilgilendirme gibi hizmetleri sunabilecek donanımına sahip oldukları yönünde halk bilinçlendirilmelidir.
3. Eczanelerin birinci basamak sağlık kuruluşu oldukları ve sağlık sisteminin bir parçası oldukları kamu spotları ile daha çok vurgulanmalıdır.
4. Eczacılar, hastaların ilaç tedavisinde olumlu sonuçlar elde etmek için farmasötik bakım felsefesini benimsemiş, iletişim kabiliyeti yüksek, hastaların ihtiyaçlarını ve sorunlarını ele almaya istekli olmalıdırlar.

5. Serbest eczacıların toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesine katkı sunma kapasitelerini geliştirecek olan klinik eczacılık uygulamaları ve farmasötik bakım süreçleri eczacılığın hem eğitim müfredatına eklenmeli hem de meslek içi eğitim programları ile desteklenmelidir. Böylece bu konularda eczacıların bilgi düzeyleri arttırılabilir.
6. Türk Eczacılar Birliği'nin yürütmekte olduğu Rehber (Smart) Eczanem projesini daha yaygın hale getirilmeli ve benzer projelerle eczacılığın değişen rollerinin yerine getirebilmesi için eğitim desteği sağlamalıdır.
7. Eczacılık hizmetlerinden memnuniyetin sağlanması ile ilaç tedavisinde uyunç artmakta, ilaç yan etkilerinin yol açtığı sorunlar giderilebilmekte ve tedavinin başarıyla sonuçlanma ihtimali yükselmektedir. Eczacıların bu durumların farkında olması sağlanmalıdır.
8. Eczacılar, klasik ilaç verme ve ilacın üzerine kullanışının yazma görevlerinin yanı sıra hastaya yönelik danışmanlık hizmetleri de vermeli ve hastalara danışmanlık yapmak için daha fazla zaman ayırmalıdır.
9. Eczacılık mesleğinin hastalar, eczacılar, toplum sağlığı ve sağlık sistemleri açısından daha etkin hale gelmesi için gelişmelere eczacılar cephesinden de bakılmalıdır. Eczacıların geliştirilmiş ve daha kapsamlı eczacılık hizmetleri hakkındaki görüşlerini irdeleyecek, yeni roller üstlenmeye hazır olup olmadıklarını ortaya koyacak araştırmalar yapılmalıdır.

Araştırmacının Kişisel Notu: Araştırmanın amacı, önemi ve araştırmacı ile ilgili diğer bilgiler tez içerisinde detaylandırılmıştır. Bu kısımda eczacılar ile ilgili araştırma yapacak araştırmacılara yol gösterme ve küçük bilgiler sunma amacı ile birkaç nokta dile getirilmek istenilmiştir. Araştırmada öncelikle eczacıların günümüz sorunlarını belirlemek amacıyla yola çıkılmış ancak bazı sorunlar sebebiyle konu değişikliğine gidilmiştir. Konu değişikliğine sebep olan zorlukları kısaca ifade etmekte fayda görülmüştür. Eczacıların çoğunlukla eczanelerde bulunmaması, bulunduklarında yoğun çalışıyor olmaları ve anketi doldurmak için izin kağıdı görmek istemeleri karşılaşılan başlıca sorunlar arasında sayılabilir. İzin için üst kurumlara başvurulmuş ancak gerekli izin ve destek alınamaması da aşılamayan zorluklar arasında olmuştur. Araştırma

esnasında eczacıların en az diğer sağlık personelleri kadar ulaşılması zor kişiler olduğu tespit edilmiştir. Tüm bu zorluklar ve yüksek lisans süresinin kısıtlı olması konu değişikliğine gidilmesine sebep olmuştur. Sağlık sisteminin bir paydaşı olan eczacılar ve eczaneler ile ilgili çalışma yapmak isteyen araştırmacıların veri toplama noktasını çözümledikten sonra çalışmaları üzerinde yoğunlaşmaları tavsiye edilmektedir.



KAYNAKÇA

- 27012 Sayılı 2008 yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliği, R. G. Tarihi: 29/1/2009 Sayısı: 27125.
- 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, R.G. Tarihi: 29/9/2008 Sayı: 27012, (Mükerrer).
- 2009-2 Sayılı Tedavi Katılım Paylarının Tahsiline İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ, R.G. Tarihi: 31/10/2009 Sayısı: 27392.
- 6224 sayılı Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanunu, Kabul Tarihi: 18/1/1954, R.G. Tarihi: 23/1/1954 Sayı: 8615.
- 6308 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun İle Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Kabul Tarihi: 17/5/2012, R.G. Tarihi: 31/5/2012 Sayısı: 28309.
- 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu, Kabul Tarihi: 16/5/2006, R.G. Tarihi: 20/5/2006 Sayısı: 26173.
- 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun, Kabul Tarihi: 18/12/1953, R.G. Tarihi: 24/12/1953 Sayı: 8591.
- 1262 Sayılı İşpençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu, Kabul Tarihi: 14/5/1928, R.G. Tarihi: 26/5/1928 Sayı: 898.
- 694 Sayılı Eczacılar ve Eczahaneler Hakkında Kanun, R.G. Tarihi: 6/11/1927 Sayısı: 558.
- 2710 Sayılı Türk Eczacıları Deontoloji Tüzüğü, Kabul Tarihi: 9/7/1968, R.G. Tarihi: 27/7/1968 Sayısı: 12961.
- Abacıoğlu, N., (2010), *Türkiye İlaç Sanayii*, 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları.
- Adamcik, B. A., Ransford, H. E., Oppenheimer, P. R., Brown, J. F., Eagan, P. A. and Weissman, F. G., (1986), "New Clinical Roles for Pharmacists: A Study of Role Expansion", *Social Science & Medicine*, 23(11), 1187–1200, doi:10.1016/0277-9536(86)90338-2.
- Ağartan, T., (2015), "Sağlıkta Reform Salgını", içinde Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan ve Ç. Yoltar (Ed.), *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları* (ss. 37-54), 4. Baskı, İstanbul: İletişim Yayıncılık.
- Akdağ R., (2012), *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011*, Sağlık Bakanlığı.
- Akpınar, S., (2015), Hasta- Eczacı İlişkisi Algı Düzeyi İle Hastanın Eczaneye Güveni , Sadakati Ve Memnuniyeti Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, İstanbul.
- Alhomoud, F. K., Kunbus, A., Ameer, A. and Alhomoud, F., (2016), "Quality Assessment of Community Pharmacy Services Provided in the United Arab Emirates: Patient Experience and Satisfaction", *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, 6(3), 17–23, doi: 10.7324/JAPS.2016.60303.
- American College of Clinical Pharmacy, (2008), "The Definition of Clinical Pharmacy", *Pharmacotherapy*, 28(6), 816–817.

- Anderson, S., (2005), "Researching and Writing the History of Pharmacy", içinde S. Anderson (Ed.), *Making Medicines: A Brief History of Pharmacy and Pharmaceuticals* (ss. 3–18), 1. Baskı, London: Pharmaceutical Press.
- Anderson, S., (2007), "Community Pharmacy and Public Health in Great Britain, 1936 to 2006:How a Phoenix Rose from the Ashes", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(10), 844–848, doi: 10.1136/jech.2006.055442.
- Arts, D., Habl, C., Rosian, I. and Vogler, S., (2006), "Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI): a European Union Project of Public", *Italian Journal of Public Health*, 3(1), 36-40.
- Atasever, M. ve Karaca, Z., (2017), *Türkiye Tıbbi Cihaz Sektör Analizi*, Ankara: Sağlık-Sen Genel Merkezi.
- Atilla, G., (2012), *Hastanelerde Duygusal Zeka-Hasta Memnuniyeti İlişkisi: Isparta İl Merkezi Örneği*, Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi İşletme Anabilim Dalı, Isparta.
- Aypar, E., Sancar, M. ve İzzettin, F. V., (2014), "Eczacılıkta Yeni Dönem: Klinik Eczacılık Ve Sağlık Sistemindeki Yeri", *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 30(Mart-Nisan-Mayıs), 48–51.
- Barber, N., Smith, F. ve Anderson, S., (1994), "Improving Quality of Health Care: the Role of Pharmacists", *Quality in Health Care (QHC)*, 3(3), 153–158.
- Baylav, N., (1968), *Eczacılık Tarihi*, İstanbul: Yörük Matbaası.
- Baytop, T., (1985), *Türk Eczacılık Tarihi*, İstanbul: Sanal Matbaacılık, İstanbul Üniversitesi Yayınları.
- Baytop, T., (1995), *Eczâhâne'den Eczane'ye: Türkiye'de Eczaneler ve Eczacılar (1800-1923)*, İstanbul.
- Baytop, T., (1996), *Türk İlaç Sanayiinin Başlangıcı-Türk Tıp Tarihi Yıllığı (Acta Turcica Historiae Medicinae) 3*.
- Baytop, T., (1997a), *Laboratuvar'dan Fabrika'ya Türkiye'de İlaç Sanayii (1833-1954)*, İstanbul.
- Baytop, T., (1997b), *Cumhuriyet Döneminin Başlangıcında Türkiye'de İlaç Sanayii-Türk Tıp Tarihi Yıllığı (Acta Turcica Historiae Medicinae) 4*.
- Berenguer B., La Casa C., de la Matta M. J. and Martin-Calero M. J., (2004), "Pharmaceutical Care: Past, Present and Future", *Current Pharmaceutical Design*, 10(31), 3931–3946. doi: 10.2174/1381612043382521.
- Breyer, F. ve Haufler, A., (2000), "Health Care Reform: Separating Insurance from Income Redistribution", *International Tax and Public Finance*, (7), 445–461.
- Çağırıcı, S. ve Yeğenoğlu, S., (2007), "Genel İletişim Bilgileri Perspektifinden Hasta-Eczacı İletişimi" *Ankara Ecz. Fak. Derg.*, 36(1), 31–46.
- Çalışkan, Z., (2008), "Referans Fiyat ve İlaç Piyasası", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(1), 49–75.
- Carr-hill, R. A., (1992), "The Measurement of Patient Satisfaction", *Journal of Public Health Medicine*, 14(3), 236–249.
- Churchill, J., Gilbert, A. and Surprenant, C., (1982), "An Investigation into the Determinants of Customer Satisfaction", *Journal of Marketing Research*, 19(4), 491–504.
- Davies, W., (1967), *The Pharmaceutical Industry-a Personal Study: a Medical, Economics, and Political Survey of the World-wide Pharmaceu*, London: Pergamon Press.

- Deloitte, (2009), *Türkiye’de ve Dünyada İlaç Sanayi Gelişme Potansiyelleri*, Sağlık ve İlaç Endüstrisi.
- Demirhan Erdemir, A., (2015), *Prehistorik ve İlk Çağlarda Tıp*, I. Cilt, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Devlet Planlama Teşkilatı, (2001), *İlaç Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*, Ankara.
- Dişçi, R., (2008), *Temel ve Klinik Biyoistatistik*, 1. Baskı, İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Ecza Depoları ve Ecza Depolarında Bulundurulmuş Ürünler Hakkında Yönetmelik, R.G. Tarihi:20/10/1999, Sayısı: 23852.
- Eczacılık ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik, R.G. Tarihi: 12/4/2014 Sayısı: 28970.
- Ekonomi Bakanlığı, (2016), *İlaç ve Eczacılık Ürünleri Sektörü*, İhracat Genel Müdürlüğü, Kimya Ürünleri ve Özel İhracat Daire Başkanlığı.
- El Hajj, S. M., Salem, S. and Mansoor, H., (2011), "Public’s Attitudes Towards Community Pharmacy in Qatar: a Pilot Study", *Patient Preference and Adherence* , 5, 405–422. doi: 10.2147/PPA.S22117.
- EMA., (2012), "Questions and Answers on Generic Medicines", https://www.ema.europa.eu/documents/medicine-qa/questions-answers-generic-medicines_en.pdf (15.08.2018).
- Engiz, O., (1997), "Sağlık Hizmetlerinde Hasta Tatmini", İçinde O. Hayran ve H. Sur (Ed.), *Hastane Yöneticiliği* (ss. 61–87), İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri Ltd.
- Erdem, R., Rahman, S., Avcı, L., Köseoğlu, S., Fırat, G., Kesici, T. vd., (2008), "Hasta Memnuniyetinin Hasta Bağlılığı Üzerine Etkisi", *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31(Temmuz-Aralık), 95–110.
- Erdoğan, B. Z., Tiltay, M. A., ve Kimzan, H. S., (2011), "Pazarlama Teorisi’nin Felsefi Temelleri Değişim mi? İlişki mi?", *Tüketici ve Tüketim Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 1–28.
- Eroğlu, D., Evrim Togül, N., Işık Tuncel, B. ve Baysal, T., (2016), "Akdeniz Üniversitesi Hastanesi’nde Hekimlerin ve Eczacıların Klinik Eczacılığa Yaklaşımlarının Değerlendirilmesi", *Akdeniz Tıp Dergisi*, 2, 75–80, doi: 10.17954/amj.2016.50.
- Eser, H. B., Memişoğlu, D., Özdamar, G., ve Özdamar, Y., (2011), "Sosyal Siyasetin Üretilmesi Sürecinde Refah Devletinden Neo-Liberal Devlete Geçiş: Devletin Kamu Hizmeti Sunma İşlevinin Değişimi", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* , 16(2), 201–217.
- Geçgil, Ş., (1981), "Klinik Eczacılık", *Pharmacia, Özel Sayı*, 10–11.
- Ghose, S. and Adhish, S. V., (2011), "Patient Satisfaction with Medical Services: a Hospital-Based Study", *Health and Population: Perspectives and Issues*, 34(4), 232–242.
- Gourley, G. K., Gourley, D. R., La Monica Rigolosi, E., Reed, P., Solomon, D. K. ve Washington, E., (2001), "Development and Validation of the Pharmaceutical Care Satisfaction Questionnaire", *The American Journal of Managed Care*, 7(5), 461–466.
- Güllülü, U., Erçiş, A., Ünal, S. and Yapraklı, Ş., (2008), *Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti*. (S. Ünal, Ed.). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Gülpınar, G. and Özçelikkay, G., (2015), "OTC Drug Regulations in Turkey : The Opinions of Community Pharmacists and Drug Industry", *Turkish Journal of Pharmaceutical Sciences*, 12(3), 267–278, doi: 10.5505/tjps.2015.30085.

- Günaydın, D., (2011), "Sağlık Hizmetlerinde Küresel Reform Yaklaşımları", *Sosyal Siyaset Konferansları*, (60), 323–365.
- Güngör, S., (2015), *Bu Devirde Eczacılık*, 2. Baskı, Ankara: Artıfarma Yayınları.
- Gürsoy, K., (2016), "An Analysis of Public Pharmaceutical Policy, Pricing and Spending in Turkey", *Journal of Social Security*, 6(1), 225–243.
- Güven, K. C., (2016), "Eczacılığın Dünü ve Bugünü", içinde Y. Ercan (Ed.), *Eczacılık Bu Değil*. İstanbul: İthaki Yayınları.
- Hahn, O., (1978), *Türkiye-İsviçre Eczacılar Toplantısı*, TEB Yayınları, (http://e-kutuphane.teb.org.tr/arsiv.php?anabelge_no=293 Er,ışim Tarihi: 25.09.2018).
- Hepler, C. D., (2004), "Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care, and the Quality of Drug Therapy". *Pharmacotherapy*, 24(11), 1491–1498.
- Hepler, C. D. and Strand, L. M., (1990), "Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care", *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47(Mar), 533–543.
- Higby, J. G., (2006), "Evolution of Pharmacy", içinde D. B. Troy (Ed.), *The Science and Practice of Pharmacy*, 21. Baskı, USA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hücum, H., (2015), *Kronik Hastalığı Olanların Hasta Odaklı Eczacılık Hizmetleri İle İlgili Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Eczacılık Anabilim Dalı, İstanbul.
- İEİS. (2017). *Türkiye İlaç Sektörü 2016 Raporu*.
- İskit, A. B., (2016), "Biyobenzer Kavramı ve Türkiye’de Biyobenzerler", *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (Sted)*, 25(1), 28–33.
- İstanbul Sanayi Odası, (2004), *Avrupa Birliği’ne Tam Üyelik Sürecinde İstanbul Sanayi Odası Meslek Komiteleri Sektör Stratejileri Geliştirme Projesi: Kimya Sektörü*. İstanbul: İstanbul Sanayi Odası Yayınları.
- Ives, T. J. and Maddux, M. S., (2004), *Defining Clinical Pharmacy*, American College of Clinical Pharmacy Report, 23(2).
- Johnson, J. A., Coons, S. J. and Hays, R. D., (1998), "The Structure of Satisfaction with Pharmacy Services", *Medical Care*, 36(2), 244–250, Doi: 10.1097/00005650-199802000-00013.
- Kan, İ., (2016), *Biyoistatistik*, 4. Baskı, İstanbul: Nobel Yayınları.
- Kanzık, İ., (1992), "Rasyonel İlaç Tedavisi Açısından Eczacı ve Eczacılık Hizmetleri", *Ankara Eczacı Odası Bülteni, İlaç Forumu*, 14(1), 31–34.
- Kaplanoğlu, E., (2014), "Mesleki Stresin Temel Nedenleri Ve Muhtemel Sonuçları: Manisa İlindeki SMMM’ler Üzerine Bir Araştırma", *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (Ekim), 131–150.
- Karakoç Hakan Deniz. (2014). *İLAÇ Sektöründe Fiyat Oluşumu Ve Regülasyonların Fiyatlar Üzerindeki Etkisi : Türkiyeİlaç Sektöründe 2001-2011Dönemi İçin Bir Panel Veri Analizi*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Maliye Anabilim Dalı, Ankara.
- Kartal, N. ve Konca, M., (2017), "İlaç Endüstrisinin Eleştirel Analizi : Orijinale Karşı Jenerik", *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Startejileri Araştırma Dergisi (Usaysad Dergisi)*, 3(2), 253–265.

- Kassam, R., Collins, J. B. and Berkowitz, J., (2012), "Patient Satisfaction with Pharmaceutical Care Delivery in Community Pharmacies", *Patient Preference and Adherence*, 6, 337–348, Doi: 10.2147/PPA.S29606.
- Kavuncubaşı, Ş. ve Yıldırım, S., (2012), *Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi*, 3. Baskı, Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Kırım, A., (1987), "Uluslararası İlaç Endüstrisinin Ekonomisi", *ODTÜ Gelişim Dergisi*, 14(2), 147–177.
- Klein, R., (1993), "Health Care Reform: the Global Search for Utopia", *British Medical Journal*, 307(6907), 752.
- Kocabacak, S., (2011), "Türkiye’de Serbest Eczanelerin Sorunlarına Yönelik Bir Araştırma", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 14(2), 95–124.
- Köse, M. R., (2016), *Sağlık İstatistikleri Yıllığı-2015*. Ankara: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü.
- Kotler, P., (2002), *Marketing for Nonprofit Organization*, New Jersey: Prentice-Hall Services Marketing and Management, Audrey Gilmore , Sage.
- KPMG, (2018), *İlaç Sektörel Bakış*.
- Kucukarslan, S. and Schommer, J. C., (2002), "Patients’ Expectations and Their Satisfaction with Pharmacy Services", *Journal of the American Pharmaceutical Association*, 42(3), 489–496. doi: 10.1331/108658002763316923.
- MacKeigan, L. D. and Larson, L. N., (1989), "Development and Validation of an Instrument to Measure Patient Satisfaction with Pharmacy Services", *Medical Care*, 27(5), 522–536.
- Mehta, M. D. and Gair, J. J., (2001), "Social, Political, Legal and Ethical Areas of Inquiry in Biotechnology and Genetic Engineering". *Technology in Society*, 23(2), 241–264, Doi: 10.1016/S0160-791X(01)00012-4.
- Mercan, A. S., (2013). "Türkiye’de Sağlık Sisteminin Neoliberal Yeniden Yapılandırılma Sürecinde Kamu İlaç Politikaları: Devlet Müdahalesinin Değişen Biçimleri", *Praksis*, 30–31, 167–198.
- Mináriková, D., Malovecká, I., Lehecká, L., Snopková, M. and Foltán, V., (2016), "The Assessment of Patient Satisfaction and Attendance of Community Pharmacies in Slovakia", *European Pharmaceutical Journal*, 63(2), 23–29, Doi: 10.1515/afpuc-2016-0002.
- Mol, A., (2008), *The logic of care: Health and the problem of patient choice*. New York: Routledge.
- Nasuhioğlu, İ., (1974), *Tıp Tarihine Kısa Bir Bakış*, Ankara: Ayyıldız Matbaası.
- Nesanır, N. ve Dinç, G., (2008), "Manisa Kent Merkezinde Yatarak Tan ı ve Tedavi Hizmetlerinden Yararlanan Kişilerin Hasta Memnuniyeti Düzeyi". *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 7(5), 419–428.
- Oliver, R. L., (1997), *Satisfaction: A Behavioural Perspective on the Consumer*, 2. Baskı, New York: McGraw Hill.
- Özcan, V., Balta, E., Mercan, S. ve Daşdemir, S., (2009), *Reçetesiz İlaçlar ve İlaç Dışı Ürünler: Betimleme ve Müdahale*. Ankara: TEB Raporları .
- Özden, M., (2013), *Tıbbi Etik ve Meslek Tarihi*, Ankara: Ayrıntı Basımevi.
- Özkan Aydın, N., Çoban, S. ve Mordoğan, H., (2011), "Malatya Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde Hasta Memnuniyeti", içinde U. Beylik vd.(Ed.), *II.. Uluslararası Sağlıkta*

- Performans Ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı*, (ss. 212-217), Ankara: Azim Matbaacılık.
- Pakdil, F., (2007), Konur Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırmaları ve Hasta Odaklı Sağlık Hizmeti.
- Petrol-İş, (2010), *Dünyada ve Türkiye’de İlaç Sektörü*, Petrol-İş Araştırma.
- Ratanawijitrasin, S. and Wondemagegnehu, E., (2002). *Effective Drug Regulation a Multicountry Study*. Malta: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Rekabet Kurumu, (2013). *Rekabet Kurumu İlaç Sektör Raporu*.
- Ross, C. K., Frommelt, G., Hazelwood, L. and Chang, R. W., (1987), "The Role of Expectations in Patient Satisfaction With Medical Care", *Journal of Health Care Marketing*, 7(4), 16–26.
- Şahin, B., (2005), *Türk İlaç Endüstrisi ve Avrupa Birliğine Uyum*, Doktora Tezi, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Bolu.
- Sakharkar, P., Bounthavong, M., Hirsch, J. D., Morello, C. M., Chen, T. C. and Law, A. V., (2015), "Development and Validation of PSPSQ 2.0 Measuring Patient Satisfaction with Pharmacist Services,. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 11(4), 487–498, Doi: 10.1016/j.sapharm.2014.10.006.
- Sarıkaya, E., (Ed.), (2017), "Türk İlaç Sanayii ve Ordu İlaç Fabrikası" içinde *Milli Savunma Bakanlığı Ordu İlaç Fabrikası’nın Tarihçesi*, (ss. 11-16), TÜSEB.
- Say, G., (1977), *Türkiye İlaç Sanayinin ve İlaç Pazarının Yapısal Özellikleri*, (Sayı 1), Ankara: Ankara Eczacı Odası Yayınları.
- Şehsuvaroğlu, B. N., (1970), *Ezacılık Tarihi Dersleri*, İstanbul: Hüsnütabiat Matbaası.
- Şeneldir, M. Y., (2010), *Türk Sosyal Güvelik Sisteminde İlaç Sorunu*, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı Çalışma Ekonomisi Bilim Dalı, İstanbul.
- Sevim, Ş., Akdemir, A. ve Vatansever, K., (2008), "Lojistik Faaliyetlerinde Dış Kaynak Kullanan İşletmelerin Aldıkları Hizmetlerin Kalitesinin Değerlendirilmesine Yönelik Bir İncelem", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(1), 1–27.
- Shirkey, H. C., (1977), "Clinical Pharmacy- Past , Present & Future", *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 11, 674–677.
- Sonnedecker, G., (1976), *Kremers and Urdang’s History of Pharmacy*, 4. Edition, Madison, Wisconsin, USA: American Institute of the History of Pharmacy.
- T.C. Millî Eğitim Bakanlığı, (2016), *Sağlık Hizmetleri Farmakoloji İle İlgili Temel Kavramlar*. Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (2013).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2017), *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016*. Ankara.
- Tanker, M., (1984), "Dünden Bugüne Eczacılık ve İlaç", *Pharmacia*, 2, 77–80.
- TEB., (2002), *Sağlık Eczacılık İlaç TEB*, Türk eczacılar Birliği.
- TEB, (2003), *Serbest Eczacıların Sürekli Meslek İçerisinde Eğitimine ilişkin Görüşleri* (Sayı 5). Ankara: Türk Eczacılar Birliği.

- TEB, (2007a), *Kanıtı Dayalı Eczacılık*, Ankara: Türk Eczacıları Birliği.
- TEB, (2007b), "Eczacının Sağlık Sektöründeki Konumu ve Mesleğin Genel Sorunları", içinde *TEB, Düşük Cirolu Serbest Eczaneler Araştırması* (ss. 27–32). Ankara: Fersa Matbaacılık.
- TEB, (2016), *Reçetesiz İlaçlar; Stratejik Yönelim Çalıştayı*. Ankara.
- TEB, (2018), *Sağlık İlaç ve Eczacılık İstatistikleri Yıllığı 2018*, Ankara.
- Tengilimoğlu, D., (2001), *Sağlık Kuruluşlarında Halka İlişkiler*, Ankara: Gazi Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D., (2016), *Sağlık Hizmetleri Pazarlaması*, 4. Baskı, Ankara: Siyasal Kitapevi.
- Thiedke, C. C., (2007), "What Do We Really Know About Patient Satisfaction?" *Fam Pract Manag.*, 14, 33–36.
- Tindall, W. N., Beardsley, R. S. and Kimberlin, C., (1989), *Communication Skills in Pharmacy Practice*, Pennsylvania, USA: Lea&Febiger.
- TOBB, (2008), *Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu*.
- Tokaç, M., (2009), "Eczacı Krizinde Yanlışlar ve Doğrular", *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 13, 8–13.
- Top, M. ve Tarcan, M., (2004), "Türkiye İlaç Ekonomisi Ve İlaç Harcamaları: 1998-2003 Dönemi Değerlendirmesi", *Liberal Düşünce Dergisi*, 9(35), 177–200.
- Troy, D. B., (2006), *Remington: The Science and Practice of Pharmacy*, 21. Baskı. USA: Lippincot Williams & Wilkins.
- Tuğcu Demiröz, F. ve İlbasmış Tamer, S., (2015), "Majistral Reçete Hazırlarken Dikkat Edilmesi Gereken Genel Kurallar", içinde G. Yakıncı ve C. Aktay (Ed.), *Eczacının Başvuru Rehberi*, (ss. 387-396), 1. Baskı. Ankara: TEB Eczacılık Akademisi Yayını.
- Turan, N., (2007), *Kuruluşundan Günümüze Türkiye İlaç Endüstrisi*, İstanbul: Scala Yayıncılık.
- Uğur, A., (2017), "Türkiye’de Eczanelerin Mekansal Analizi ve Yeni Yasal Düzenleme", *SDU Faculty of Arts and Sciences Journal of Social Sciences*, (41), 177–196.
- Uğurlu, M., (2008), Türkiye’de İlaç Sektörünün Gelişim Süreci, İlaç Pazarı Ve Kamu İlaç Harcamaları-I. *Yaklaşım*, 182 (Mart).
- Üney, A., (2016), *Sağlık İlaç ve Eczacılık İstatistikleri Yıllığı*, Ankara: Türk Eczacıları Birliği.
- Uzunoglu, S., Mercan, A. S. ve Daşdemir, S., (2007), *Düşük Cirolu Eczaneler Araştırması*. Ankara: Türkiye Eczacılar Birliği.
- Wazaify, M., Shields, E., Hughes, C. M. ve McElnay, J. C., (2005), "Societal Perspectives on Over-The-Counter (OTC) Medicines", *Family Practice*, 22, 170–176. doi: 10.1093/fampra/cmh723.
- White, E. V. and Latif, D. A., (2006), "Office-Based Pharmacy Practice: Past, Present, and Future", *The Annals of Pharmacotherapy*, 40(July/August), 1409–1414.
- WHO, (1994). *The Role of the Pharmacist in Health Care Reform*, WHO, doi: 10.1353/hpu.2010.0345.
- WHO, (1997). *The Role of the Pharmacist in the Health Care System, Preparing the Future Pharmacist: Curricular Development*, Vancouver, Canada.
- Wiedenmayer, K., Summers, R. S., Mackie, C. A., Gous, A. G. S. and Everard, M., (2006), *Developing pharmacy practice: A focus on patient care HANDBOOK-2006 Edition With Contributions from*, Geneva, Switzerland.

- Wondemagegnehu, E., (1999), *Effective Drug Regulation: What Can Countries Do?*, WHO, Geneva.
- WHO, (2011). *Joint FIP / WHO Guidelines on Good Pharmacy Practice : Standards for Quality of Pharmacy Services*, WHO Technical Report Series (C. No. 961), Geneva. doi: 10.15713/ins.mmj.3.
- Yaşar, H. E., (2016), "Sağlık Hizmetlerinde Halkla İlişkiler ve Hasta Memnuniyeti" *Journal of Strategic Research in Social Science (JoSReSS)*, 2(2), 39–68.
- Yeğenoğlu Onaran, S., (1994), *Toplumun Eczacılık Hizmetlerine İlişkin Bilgi ve Beklentikeri Konusunda Bir Araştırma*, Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Eczacılık İşletmeciliği Programı, Ankara.
- Yıldırım, N., (2009), "Osmanlı Eczacılığının Gelişme Sürecinde İlaç Hazırlayıp Satan Esnaf Ve Sağlıkçılar", *Osmanlı Bilim Araştırmaları*, 11(1–2), 273–283.
- Url 1: http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/esdeger_ilaclar Erişim Tarihi: 03.02.2018.
- Url 2: <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/32/dunya-ilac-pazari>, Erişim Tarihi: 29.11.2018.
- Url 3: <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/32/dunya-ilac-pazari>, Erişim Tarihi: 29.11.2018.
- Url 4: <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/32/dunya-ilac-pazari>, Erişim Tarihi: 29.11.2018
- Url 5: <http://kimkurdu.com/abdi-ibrahimin-kurucusu-kimdir-turkiyenin-en-buyuk-ve-koklu-ilac-sirketi/>, Erişim Tarihi: 30.11.2018.
- Url 6: https://www.mn.com.tr/tr/about_us/milestones.aspx, Erişim Tarihi: 30.11.2018.
- Url 7: <https://ebs.titck.gov.tr/ecza/DepoBilgi/RuhsatliDepolar>, Erişim Tarihi: 7.11.2018.
- Url 8: <http://eczacininsesi.com/index.php?yon=dosya&id=229>, Erişim Tarihi: 13.10.2018.
- Url 9: <https://www.accp.com/about/clinicalpharmacists.aspx> , Erişim Tarihi: 14.10.2018.
- Url 10: <http://www.tdk.gov.tr>, Erişim Tarihi: 30.10.2018.
- Url 11: <http://www.tdk.gov.tr>, Erişim Tarihi: 30.10.2018.
- Url 12: www.tdkterim.gov.tr , Erişim Tarihi: 03.11.2018.
- Url 13: <https://www.nisanyansozluk.com/?k=minnet> , Erişim Tarihi: 03.11.2018.
- Url 14: www.tuik.gov.tr, Erişim Tarihi: 17.11.2018.

EKLER

EK 1: ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Ad ve Soyad: Muazzez DEMİR

Doğum Yeri ve Yılı: Dargeçit - 1992

Medeni Hâli: Bekâr

Eğitim Bilgileri

2016-2018, Yüksek Lisans, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

2011-2015, Lisans, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sağlık Yönetimi Bölümü

Yabancı Dil ve Düzeyi

1. İngilizce, YDS: 71,25

İş Deneyimi

2016-2018, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık
Yönetimi Bölümü, Araştırma Görevlisi (Devam Ediyor)

Bilimsel Yayınlar:

Ulusal Kitap Bölümü

Yılmaz, N., Eroymak, S., ve Demir, M., (2017), Örgütlerde İnfomal Güç, *Ed. Erdem, R.,
Yönetimde İnfomalite: Buz Dağının Görünmeyen Yüzü* içinde (ss. 187-217), Beta Basım
Yayın Dağıtım, İstanbul.

Uluslararası Kitap Bölümü

Çelik, R., Demir, M., Çetin, B., ve Sarı, K. (2017), “Fear Culture And Health:
Discourse Analysis Of Zika Virus News (Korku Kültürü Ve Sağlık: Zika Virüsü Haberlerinin
Söylem Analizi)”, *Current Debates In Public Relation, Cultural & Media Studies: Volume 9*,
87.

Sezer Korucu, K., ve Demir, M., (2017), “A New Trend in Health: Digital Hospital”, *Current
Debates In Public Relation, Public Finance Public Administration & Environmental Studies*,
Volume 13, 383.

Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler

Alkan A. Ve Demir M., (2017), “Tüketim Kültürü Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri Kullanımı:
Kavramsal Bir İnceleme”, 1st International 11th Conference of Health and Hospital
Administration, Trabzon, Turkey, October 13-15, p. 465-466.

Eke E., Demir M. Ve Sezer Korucu K, (2017), “Sağlık Sektöründe İnsan Kaynakları Politikası:
Hemşireler Üzerine Bir Çalışma”, 1st International 11th Conference of Health and Hospital
Administration, Trabzon, Turkey, October 13-15, p. 485-486.

Erdem, R., Demir, M. and Şengün, İ., (2018), “Research on the Terminal Period Service
Expectances in Individuals”, 4. International Journal of Health Administration and Education
Congress, **Sarajevo, Bosnia and Herzegovina, 27-29 April 2018.**

EK 2: ARAŞTIRMADA KULLANILAN ANKET FORMU

ECZACILIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ ANKETİ

Bu araştırma ile hastaların serbest eczacılık hizmetinden memnuniyet düzeyleri tespit edilmeye çalışılacaktır. Anketlerden elde edilecek bilgiler bilimsel amaçla kullanılıp gizli tutulacaktır. Soruların doğru ve samimi cevaplanması, doğru tespitler yapılması açısından önem taşımaktadır. Bu çalışma Dr. Öğr. Üyesi Erdal EKE'nin danışmanlığında Arş. Gör. Muazzez DEMİR tarafından yürütülmektedir. İlginiz ve sabrınız için teşekkürler. (İletişim: muazezdemir00@gmail.com)

I. BÖLÜM: Eczacılık Hizmetleri İle İlgili Sorular

<i>Lütfen bu sorulara cevap verirken sürekli gittiğiniz eczanenizin varsa onu düşünerek, sürekli gittiğiniz bir eczane yoksa gittiğiniz eczaneleri genel olarak düşünerek cevaplayınız.</i>										
1	2	3	4	5						
Hiçbir Zaman	Nadiren	Ara Sıra	Sık Sık	Her Zaman						
1	İlaç aldığım eczacı sağlık sorunlarım/kaygılarım ile ilgilenir.				1	2	3	4	5	
2	İlaç aldığım eczacı, hasta olarak sorularıma cevap vermeye isteklidir.				1	2	3	4	5	
3	İlaç aldığım eczacı hastalara yardımcı olmak için yeteri kadar vakit ayırır.				1	2	3	4	5	
4	İlaç aldığım eczacı ilaç uyumunun önemli olduğunu anlatır.				1	2	3	4	5	
5	İlaç aldığım eczacı sağlıklı yaşam konusunda faydalı tavsiyelerde bulunur.				1	2	3	4	5	
6	İlaç aldığım eczacı ilaçların yan etkileri hakkında bilgilendirme yapar.				1	2	3	4	5	
7	Eczacının muadil ilacı tavsiye etmesini doğru bulurum.				1	2	3	4	5	
8	İlaç aldığım eczacı ilaçlarımı nasıl kullanmam gerektiği konusunda açıklama yapar.				1	2	3	4	5	
9	İlaç aldığım eczacı ilgili ve naziktir.				1	2	3	4	5	
10	İlaç aldığım eczacı tedavimin başarılı sonuçlanması için tavsiyelerde bulunur.				1	2	3	4	5	
11	İlaç aldığım eczacı ile iletişim kurarken kendimi rahat hissedirim.				1	2	3	4	5	
12	Eczacımdan sağlık konularında istediğim bilgileri alabilirim.				1	2	3	4	5	
13	İlaç aldığım eczaneden genel olarak memnunum.				1	2	3	4	5	
14	Gerek duyduğumda sağlık ihtiyaçlarım için eczacıya danışırım.				1	2	3	4	5	
15	İlaç aldığım eczacı ilaçların ne için kullanacağım konusunda açıklama yapar.				1	2	3	4	5	
16	İlaçların hazırlanması için uzun bir süre bekletilirim.				1	2	3	4	5	
17	Eczane çalışanları nazik ve saygılıdır.				1	2	3	4	5	
18	İlaç aldığım eczacı, bilgilendirme yapmadan reçetede ilaçların muadilini verir.				1	2	3	4	5	
19	Eczaneden ayrıldığımda ilacı nasıl kullanacağımı öğrenmiş olurum.				1	2	3	4	5	
20	İlaç aldığım eczacı sağlığım ile ilgili danışmanlık yapar.				1	2	3	4	5	
21	İlaç aldığım eczacı soru sormam için uygun fırsatları oluşturur.				1	2	3	4	5	
22	İlaç aldığım eczacı sağlığımı geliştirmek veya sağlıklı kalmam için çabalar.				1	2	3	4	5	
23	İlaç aldığım eczacı, ilaçları kullanmam konusunda güvende hissetmemi sağlar.				1	2	3	4	5	
24	Eczaneden ayrıldığımda ilacı nerede muhafaza edeceğimi bilirim.				1	2	3	4	5	
25	İlaç aldığım eczacı, açık anlaşılır bir şekilde konuşur.				1	2	3	4	5	

26	İlaç aldığım eczacı, ilaç tedavimi değerlendirmek için önceki sağlık durumum ve ilaçlarım hakkında bilgi ister.	1	2	3	4	5
27	Eczaneden memnun ayrılmazsam eczanemi değiştiririm.	1	2	3	4	5
28	İlaç aldığım eczacı ilaçlarımın faydalı olup olmadığı ile ilgili benden geri dönüş alır.	1	2	3	4	5
29	Verdiği bilgiler konusunda eczacıya güvenirim.	1	2	3	4	5
30	İlaç aldığım eczacı, muadil ilaçları kullanıp kullanamayacağım konusunda tavsiyelerde bulunması beni memnun eder.	1	2	3	4	5
31	İlaç aldığım eczacı, eczaneye her gittiğimde beni samimi bir şekilde karşılar.	1	2	3	4	5
32	İlaç aldığım eczacı tüm bilgileri anlayıp anlamadığımı kontrol eder.	1	2	3	4	5
33	İlaç aldığım eczanenin fiziki ortamından (ferahlık, genişlik vb.) memnunum.	1	2	3	4	5
34	İlaç aldığım eczanenin temizliğinden memnunum.	1	2	3	4	5
35	İlaç aldığım eczanenin hastalar için bekleme yerlerinin bulunmasından memnunum.	1	2	3	4	5
36	İlaç aldığım eczaneyi başkalarına tavsiye ederim.	1	2	3	4	5

II. BÖLÜM

Aşağıdaki ifadelerde uygun olan şıkkı işaretleyiniz!

37. Eczanede sizinle kim ilgileniyor?

1. () Eczacı 2. () Eczane Teknikeri (Kalfa- çırak) 3. () Bilmiyorum

38. Eczane sizin için nasıl bir yerdir?

1. () Sağlık Kuruluşu 2. () Ticarethane 3. () İlaç Aldığım Yer
4. () Diğer

39. Eczacı ne iş yapar? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz!)

1. () Sağlık hizmeti sunucusudur
2. () Sağlık danışmanıdır
3. () İlaç satıcısıdır
4. () Diğer:

40. Sürekli olarak müşterisi olduğunuz bir eczaneniz var mı?

1. () Evet 2. () Hayır

41. Eczaneye gitmenizdeki temel amaçlar nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz!)

1. () Reçeteli ilaç almak
2. () Gıda takviyesi gibi ilaç benzeri ürünler almak
3. () İlaç dışı ürünler (kozmetik, bebek, kişisel bakım vb.) almak
4. () Sağlık danışmanlığı almak
5. () Eczacılık hizmetleri (kan, tansiyon ölçümü, iğne) almak
6. () Diğer:

42. Eczane seçiminizi etkileyen faktörler nelerdir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz!)

1. () Eczaneye ulaşım
2. () Eczacı ile olan geçmiş deneyimler
3. () Nitelikli ve güler yüzlü personel
4. () Eczacılık hizmeti sunması (tansiyon-şeker ölçümü, iğne)
5. () Diğer:

43. Sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren kronik bir hastalığınız var mı?

1. () Evet 2. () Hayır

44. Son 3 ay içinde ortalama kaç defa eczaneye gittiniz? (Lütfen sayı olarak belirtiniz!)

.....

45. Eczanelerin aile hekimliği gibi birinci basamak sağlık hizmet sunucusu olduğunu biliyor muydunuz?

1. () Evet 2. () Hayır

46. Eczacılarla ilgili eklemek istediğiniz görüş ve önerilerinizi lütfen belirtiniz.

.....

.....

.....

.....

KATILIMCI İLE İLGİLİ DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Cinsiyetiniz: 1. () Erkek 2. () Kadın

2. Yaşınız :

3. Medeni Durumunuz: 1. () Evli 2. () Bekar 3. () Diğer

4. Eğitim Durumunuz:

- | | | | |
|-------------------------|-------------------|----------------|-------------------|
| 1. () Okur-yazar değil | 2. () Okur-yazar | 3. () İlkokul | 4. () Ortaokul |
| 5. () Lise | 6. () Ön Lisans | 7. () Lisans | 8. () Lisansüstü |

5. Toplam Eve Giren Aylık Gelir: TL

6. Çalışma Durumunuz:

- | | | | |
|---------------------|------------------------|---------------|----------------|
| 1. () Kamu Sektörü | 2. () Özel Sektör | 3. () Emekli | 4. () Öğrenci |
| 5. () Ev Hanımı | 6. () Serbest Çalışan | 7. () İşsiz | |
| 8. () Diğer | | | |