

İLAÇLARIN YENİDEN SINIFLANDIRILMASI (I): KLİNİK AÇIDAN

İlaçların Temin Kurallarında Değişiklik Yapılması:

Bu bölümde, ilaçların yeniden sınıflandırılmasının arka planı, mesleğe etkileri ve araştırma sonuçları bakımından özetlenmiştir.

İlaçların Yeniden Sınıflandırılmasının Arka Planı:

Kendini tedavi, ister özel ister kamuya ait olsun, tüm sağlık sistemleri açısından uygun maliyetli bir yöntemdir; ve ekonomik anlamda kullanılan standart arz-talep yöntemleri de ilacın konumunu değiştirmenin sağlayacağı ekonomik avantajları gösterebilir. (Ryan ve Bond, 1994) Bu konu, Bölüm 4'de işlenmiştir. Yakın zamana kadar, satılabilir durumdaki ilaçlar üzerindeki yasal kısıtlamalar nedeniyle, bu potansiyel sınırlanmış durumdaydı; ancak Hükümetin öncülüğündeki hareketler, doğrudan satışı yapılabilen ilaç sayısını artırdı. Yapılan işlem, reçete ile satılabilen ilaçların, reçetesiz satılabilir konuma getirilmesidir ki; İlaç Kontrol Dairesi tarafından "reçetesiz satış kapsamına alma" olarak adlandırılmıştır. Bazı ilaçlar için uygulanan kural değişikliği, gerek eczacılar, gerekse endüstri tarafından destek görmekte birlikte; tıp kesimi daha karmaşık bir tepki vermiştir. (An-onim, 1992; Spencer ve Edwards, 1992) Yine de, reçetesiz satış kapsamına alma programı kesintiye uğramadı ve, reçeteli satış zorunlu iken doğrudan satışa alınan ilaçlar listesi yıllık olarak yayımlanmaktadır.

Bir ilacın satış kurallarının dayalı olduğu prensipleri yeniden gözden geçirme fikrinin ortaya çıkmasına; Avrupa Komisyonu'nun 1987 yılında, Avrupadaki ilaç dağılımını uyumlu hale getirme düşüncesini açıklaması neden oldu. Amaç, ilaçların elde edile-

bilirliğinde, ister reçeteye ister doğrudan satılıyor olsun, tutarlılık sağlamaktı. İngiltere için, bunun anlamı, efedrin, difenhidramine, fenilpropolanamin ve kodein gibi bazı etken maddeleri içeren ilaçların, reçete ile satılabilir konuma geçmesi anlamına gelmekteydi. Bu durumun, endüstri, Ulusal Sağlık Hizmetleri ve yataklı tedavi merkezleri açısından uzun vadeli etkileri olacaktı. 100 milyon sterlinlik satışın tehlikeye gireceği hesaplandı. (Baker, 1993) Bununla birlikte, teklifler yeniden gözden geçirildi ve eczacılık açısından ele alındı; "kullanım güvenliği açısından gerekli görülmediği sürece hiçbir ilacın kullanımının reçeteye tabi olmaması"na karar verildi. Bu karar, Avrupa Birliği'nin ilaçların sınıflandırılması için verdiği 92/26/CEE direktifi oldu ve ilaçların temin kurallarının değiştirilmesine dayanak teşkil etti. Direktif ile, ilaçların, ancak aşağıda belirtilen özellikleri taşıması halinde reçete ile satılmasının zorunlu olması belirtildi:

- doktor gözetiminde kullanılmaması tehlikeli olabilecek ilaçlar
- sıklıkla yanlış kullanılan ilaçlar
- yeni ve araştırma gerektiren ilaçlar
- enjeksiyon yoluyla kullanılan ilaçlar

İlaçlarda kural değişikliği yapılmasına dair belirlenen prensipler, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, Avrupa'da yapılan "kendini tedavi" konulu bir araştırma ile desteklendi. Araştırma raporu Levin tarafından yayımlandı. (1998) Çalışmanın sonuç bölümü, "mesleki eğitim ve uygulamaları da içeren, düzenli gelişim için bir taslak" niteliğindedir.

ABD'de, iki tür ilaç sınıflandırması vardır: "Sadece Reçete İle Satılabilen" ve "Genel Satışı Mümkün" olan ilaçlar. Genel satışı mümkün olan yani reçetesiz olarak her yerden temin edilebilen ilaçların bir kısmını sadece eczanelerden satılabilmesi üzerine tartışılmaktadır ki; bu durumda ilaçlar için, İngilteredekine benzer üçüncü bir sınıf söz konusu olacaktır. Halktan 500 kişi ile Gore ve Thomas (1995) tarafından yapılan bir anket çalışması - %49 cevaplanma oranı nedeniyle kusurlu kabul edilmekte birlikte-, eczacıların bulunduğu dükkanların, doğru ilaçların seçimi ve etkin kullanımı için, müşterilere daha iyi bilgi sağladığını gösterdi. Bu sonuç, ABD'de ilaçların temini için üçüncü bir sınıfa ihtiyaç bulunduğunu da doğrulamaktadır. Bu arada, mevcut olan iki-sınıflı sistemde, geçtiğimiz 20 yıl içerisinde 50ye yakın reçete ile kullanımı zorunlu ilacın, reçetesiz satılabilir sınıfına alınmış olması şaşırtıcıdır. (Charupatanapong, 1994) Genel anlamda, reçetesiz olarak temini mümkün olan ilaç spektrumu, İngilteredeki ile benzerdir. (yakın zamanda listeye dahil olan vajinal antifungal tedaviler de dahil olmak üzere) Bununla beraber, salbutamol ve topikal eritromisin'in konumunun değiştirilmesi önerileri durdurulmuştur. Avustralya'da, salbutamolun reçetesiz satışına izin verilmiştir ancak, astımın takip kontrolü açısından endişeler bulunduğundan, ilacın yeniden reçete ile satılır konuma getirilmesi önerilmektedir. (Gibson, 1993)

1989 senesinde; Danimarka, aralarında simetidin'in de yer aldığı büyük bir grup ilacın temin koşulunu yeniden düzenleyerek reçetesiz satışına izin veren Kuzey Amerika ülkelerinden ilki oldu. (Edwards, 1992) Bundan sonra, diğer Avrupa ülkeleri, örn. Finlandiya, ilaçların yeniden sınıflandırılması işlemini hızlandırdı. Ocak 1990-Aralık 1994 arası dönemde, 50 ilacın temin koşulu değiştirildi. Listede, İngiltere'de uygulanana çok benzer biçimde hormon replasman tedavisinde (HRT) kullanılan ilaçlar, hemoroid ilaçları, antihistaminikler, nikotin replasman tedavisinde (NRT) kullanılan ilaçlar ve nonsteroidal antiinflamatuvarlar (NSAİler) ve vajinal imidazolfer

yer almaktaydı. (Financial Times, 1994)

Diğer ülkelerde, öncelikle Doğu blokunda yer alanlarda ise, tam tersine, bu süreç çok yavaş seyretti. Örneğin, Slovakya'da, Avrupa Birliği direktifine uyularak ilaçların temin koşullarının değiştirilmesinden önce, Slovak halkının kendini tedavi konusunda daha çok eğitilmesi gerektiği belirtildi. Öyle ki, değişiklik yapılması düşünülen ilaçlar listesinde kontraseptifler ve antidepressanlar da yer almaktadır.

Böylelikle, tüm Avrupa ve Kuzey Amerika'da, ilaçların temin koşullarının değişimi yönündeki öneriler hızlı biçimde uygulandı.

İngiltere'de Yeniden Sınıflandırma

Proses, İngiltere'de önce ibuprofen ve loperamidin (1983), ardından terfenadin (1984) ve topikal hidrokortizonun -%1-un (1985) reçetesiz satışa alınmasıyla başladı. Süreç, Hükümet (Bottomley, 1989), Kraliyet Eczacılık Topluluğu (Sağlık Bakanlığı, 1992, Kraliyet Eczacılık Topluluğu Konseyi 1995) ve Kraliyet Tıp Fakültesi'nin (sınırlı) destekleriyle devam etti. Tablo 3.1'de, İngiltere'de reçetesiz satışa alınan ilaçların bir listesi bulunmaktadır.

Gelecekte de değişiklikler yapılması kaçınılmazdır ve temin koşulu değişecek ilaçlar için çeşitli listeler oluşturulmaktadır. Bunlardan birisi, en fazla sayıda ilacın bulunduğu 51 kalemlik bir liste (Odd, 1992); bir başkası, **Farmasötik bakım: serbest eczacılığın geleceği** başlıklı dokümanda yayımlanan daha muhafazakar bir listedir. (Sağlık Bakanlığı, 1992) Bu doküman ile, reçete kontrolünün, sadece sekiz kalem ilaç için kaldırılması'nın uygun olacağı belirtilmekteydi. Bugün, bu sekiz kalemden, sadece bakteriyel deri enfeksiyonlarında kullanılan bir antibiyotik merhem ve % 0,5'lik kloramfenikol göz damlası, reçeteye tabi olarak kalmıştır. Gelecekteki düzenlemeler için listeye alınan ilaçlar arasında, oral kontraseptifler ve "ertesi sabah" hapı (Anonim, 1993; Drife, 1993) yer almaktadır.

Tablo 3.1: İngilterede reçeteye tabi ilaçlar listesinden çıkarılıp eczanelerden serbest satışına izin verilen ilaçlar listesi (İngiltere Kraliyet Eczacılık Topluluğu'ndan bilgilere dayanılarak hazırlanmıştır, 1998)

Tarih	Etken Madde/Ürün
1983	ibuprofen, loperamid
1984	terfenadin
1985	hidrokortizon %1 (topikal)
1986	mikonazol
1988	ibuprofen SR ve topikal formu
1989	astemizol, mebendazol, dekstrometorfan
1991	nikotin (2 mg) sakız
1992	hyosin butilbromid, nikotin bantları, vajinal inidazol, hidrokortizon+krolamilon (topikal), karbenoksolon, parasetamol ve dihidrokodein
1993	loratadin, asiklovir (topikal), akrivastin, setirizin, ketoprofen (topikal), simetidin, famotidin, beklometazon dipropionat (nazal), mebendazol (çoklu doz), psödoefedrin SR, sodyum kromoglikat (oftalmik), tiokonazol (vajinal), nikotin (4 mg) sakız, hidrokortizon (oral pellet), alüminyum chloride heksahidrat (topikal)
1994	diklofenak (topikal), felbinak (topikal), piroksikam (topikal), flunisolid (nazal sprey), ranitidin, minoksidil (topikal), adcoriyol orabaz formu, Anusol Plus HC merhem, Anusol Plus HC supozituar
1995	hidroksizin HCl, pirantel embonat, flukonazol, ketokonazol (şampuan), rektal hidrokortizon, psödoefedrin HCl, kadeksomer iodine, budosonid nazal formu, beklometazon dpropionat (belirli endikasyonlarda)
1996	azelastin nazal formu, nizatidini hidrokortizon/lignokain, hidroklorid sprey, mebeverine HCl, asiklovir
1997	klotrimazol+hidrokortizon
1998	domperidon, hidrokortizon+mikonazol, levokabastin, nerlocronil sodyum, ketokonazol krem %2

Düzenlemeler

İlacın reçete kontrolünden çıkarılması için belirleyici kriterler, güvenilirliğinin kanıtlanmış olması, aşırı dozda toksisitesinin düşük olması ve kişinin kendini tedavi edebileceği hastalıklarda kullanımı olmasıdır. Sonuncuya örnek olarak, daha önce de bahsedilen, vajinal enfeksiyonlar verilebilir. Bu kriterler günümüzde uygulanıyor olmakla beraber, geçmişte durumun biraz farklı olduğu söylenebilir: aspirin ve parasetamol halk arasında yaygın olarak kullanılmakta birlikte, yüksek dozda güvenli değildir; gliseril trinitrat tabletleri ve oral yolla kullanılan teofilin de, uzun zaman eczanelerden reçetesiz satışı mümkün olan ilaçlar olmakla birlikte, kendini tedavi uygulanabilecek hastalıklarda kullanıldıkları söylenemez; ayrıca ciddi yan etkileri mevcuttur. (Edwards, 1992) Eczanelerden reçetesiz satışlarının mümkün olduğu yaygın olarak bilinmemekte, ve bu şartların esas olarak doktorlar tarafından bilinmesinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Kişinin kendini tedavi edebileceği hastalıklarda kullanım şartı, 1980lerin başında salbutamol inhalerlerin reçetesiz satışına izin verilen Avustralya'da uygulanmamaktadır. Salbutamol inhalerler için kural değişikliği İngiltere'de kabul görmemiştir. (Wade, 1991)

Avrupa'da mevcut durumda, ilaçların reçetesiz satışa alınması desteklenmektedir. İngiltere'de, yeni ruhsat alan her ilaç, doğrudan reçeteye tabidir. Ruhsat alınmadan iki yıl sonra, reçeteye tabiyette kalmak için başvuru olmadığı takdirde, ilaç reçetesiz satışa geçer. İlacın sonradan reçete kontrolünden çıkarılması için, İlaç Kontrol Dairesi'ne resmi olarak başvurulması gerekir. Burada, ilacın güvenilirliğinin ve etkinliğinin kanıtlanmış olması gerekir. Başvuru, çeşitli komisyonlar ve sağlık otoriteleri tarafından detaylı olarak değerlendirilir. Zaman alıcı ve pahalı bir süreçtir. (İlaç Kontrol Dairesi, 1992) Eğer girişim endüstriden gelmişse, sonrasında pazarlama açısından satışların artması için çaba sarfedilecektir. Bu da, sonradan pratikte sorunlar yaratması ihtimali olan, halka doğrudan reklam yapılması çabışmalarına varabilir. Reklam

çalışmaları, endüstri tarafından İngiltere Ticaret Birliği himayesinde gerçekleştirilmektedir ve 1992 Avrupa İlaç Reklam Direktifleri doğrultusunda belirli düzenlemeler yapılmıştır. (1994)

Bir ilacın reçete kapsamından çıkarılması, etken madde ya da marka bazında olabilir. Etken madde bazında değişiklik yapılması, Kraliyet Eczacılık Topluluğu'nun, yapılan başvuruları değerlendirirken izlediği yoldur. (örn: vajinal yolla kullanılan imidazololler) Bununla birlikte, endüstri, rakiplerinin başvurudan yarar sağlanamaması için, değişikliğin marka bazında yapılmasını tercih etmektedir. Fakat buna rağmen, yakın zamanlarda eğilim, temin koşulu değişen ilaçların büyük bölümünde etken madde bazında değişiklik uygulanmasıdır.

Sonuç itibarıyla, net hareket, reçete ile verilmesi zorunlu ilaçların reçetesiz satışına izin verilmesi şeklinde olup; ilaçların statüsü tüm Avrupa'da revize edilmektedir. (Levin, 1988). 200 mg İbuprofen içeren paketlenmiş statüsü İleri safhada bir değişiklik yapılarak, eczaneden reçetesiz satışın genel satışa dönüştürüldüğünde, eczacılık mesleği mensupları büyük yaygara koparmıştır. (Stroh, 1995) Bu işlem, ilacın satışı üzerindeki tüm kısıtlamanın kaldırıldığı gerçek bir kuralsızlaşma değildir. Yakın zamanda aynı işlemin erkek tipi saç dökülmesinde kullanılan topikal minoksidil preparatları ve 2 mg nikotin sakızları için yapılması gündemdedir. Tam tersi biçimde bir değişiklik ise, saç bitine karşı kullanılan karbaril için uygulanarak, eczanelerden serbest satışı olan ilaç, reçete ile satılması zorunlu hale getirilmiştir. Bunun nedeni, karsinogenite olasılığının kanıtlanmasıdır. Benzer biçimde, bazı bireylerde, ölümle sonuçlanabilen ilaç etkileşimlerine neden olduğu gerekçesiyle terfenadin de, reçete ile satışı zorunlu ilaç listesine alınmıştır. (İlaç Güvenlik Komitesi, 1992)

Ekonomik Değerlendirmeler

İlacın teminindeki kısıtlamaların kaldırılmasının ekonomik etkileri üzerine teoriler, Bölüm 4'de yer almaktadır. Yine de, konuyu burada şöyle özetle-

yebiliriz: İlaçların reçetesiz satışı, hastayı hem zaman kayıbindan hem de muayene masraflarından kurtarır. Böylelikle hasta, reçete yazdırmak için hekime gittiği takdirde ödemesi gereken ücreti ödemek durumunda kalmaz. Doğrudan alınması halinde reçeteye yazıldığından çok daha ucuz mal olacak ilaçlar vardır ki bunlar İlaç ve Terapötikler isimli bir broşürde liste halinde sunulmuştur. (1993) Elbette, hastanın muayene ücretinden muaf olması halinde durum farklıdır. Parasal ve parasal olmayan maliyetlerin birlikte değerlendirilmesi ile, %1 topikal hidrokortizon preparatlarının OTC satışının, İngiltere'deki hastaları 1987 yılında toplam 2 milyon sterlin masraftan kurtardığı belirlenmiştir. (Ryan ve Yule, 1990)

ilaçların OTC konumuna alınması ile Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin de tasarruf etmesi söz konusudur. Bir ilacın reçete edilmesinde Hükümet açısından iki temel maliyet söz konusudur; bunlardan birincisi hekinin zamanının harcanması ile oluşan maliyet; ikincisi ise ilacın hazırlanmasının (doktor ve/veya eczacı tarafından) maliyetidir. Loperamidin reçeteye yazılma zorunluluğunun kaldırılması ile sağlanacak tasarrufun 1985 yılı için 3,15 milyon, 1986 yılı için 3,3 milyon ve 1987 yılı için 5 milyon sterlin olduğu tahmin edilmektedir. (Ryan ve Yule, 1990)

Sonuçta, endüstri, Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS)'nin, ilaç harcamalarında kesintiye girmek için yaptığı hareketler nedeniyle sıkıntılıdır. Mevcut ürünler için, patent süresinin dolması sonrasında, jenerik ilaçların reçete edilmesi genel uygulama olduğundan, ilacın piyasa ömrü kısalmaktadır. (İskoç İlaç Kaynak Merkezi, 1993) Aynı zamanda, Avustralya gibi bazı ülkelerde, NHS tarafından bedeli ödenen ilaçlar listesine yeni girişler için, ilacın maliyet uygunluğunun gösterilmesi gerekmektedir. (Freeman ve ark, 1995). ABD'de yapılan uygulamalar, ilacın teminindeki kısıtlamaların kaldırılmasının ticari faydasının çok büyük olduğunu göstermektedir. (Macarthur, 1993) Böylelikle, endüstri, OTC pazarına, mevcut ürünlerin marka ömrünü

uzatacağı gözüyle bakmaktadır ki; bu endüstrinin esas korkusunun tersine reklamın önünde bir engel veya NHS'nin reçete ödemeleri açısından sorun yaratacak bir durum değildir. (Hardisty, 1990) Reklam baskısı böylece reçete zorunluluğu kaldırılmasını hızlandırmış olsa da, endüstrinin gündemini esas olarak satışları artırır-maktır; ancak bunun uygunluğunun hekimler ve-ya eczacılar tarafından onaylanması gerekliliği, endüstrinin karşısında bir engel olarak görülmektedir.

Eczacılık Üzerine Etkileri

Çok sayıda eczacı, eczacı gözetiminde reçetesiz olarak satılabilen ilaç yelpazesinin genişletilmesini iyi karşılamış olsa da; bu durumun gerek eczacılar gerekse yardımcıları üzerindeki sorumluluğu artıracak olması nedeniyle endişe de yaşanmıştır. Örnek olarak; H2 blokörlerinin (H2 reseptör antagonistleri) reçetesiz satışa alınması 1993 senesinde teklif olarak sunulduğunda, gerek tıp gerek eczacılık temsilcileri, bu şekilde satışın, mide kanseri gibi ciddi hastalıkların belirtilerini maskeleyerek teşhis imkanını ortadan kaldıracığına dikkat çektiler. Bu durumda, eczacıların ve asistanlarının, ilaçların reçetesiz olarak doğrudan satışında verecekleri danışmanlık ve tavsiyeler için yeterli bilgi birikimine sahip olup olmadıkları sorusu gündeme geldi. Diğer taraftan ise başka bir kesim, hastaların, yapılan yeni sınıflandırma ile reçetesiz satışına izin verilen ilaçları, eczacının danışmanlığına gerek olmaksızın özgürce alabilmesi gerektiğini savunuyordu.

Gerçekte, ilaçların reçetesiz satışına izin verilmesi sürecinde yapılan pek çok eleştiri, eczanelerde çok sayıda eğitimsiz çalışan (yardımcı) bulunmasından kaynaklanıyordu. Eczacı asistanları da, eczacılar kadar, sağlık sisteminin bir parçası olduğundan, verdikleri hizmet için yeterli bilgi ve beceriye sahip olup olmadıklarını belirleme yöntemleri oluşturulmaktadır. (Stewart, 1994) Bununla birlikte, verdikleri tavsiyeler üzerine az sayıda yayımlanmış çalışma bulunmaktadır. Krska ve ark, (1994) Gr-ampian, İskoçya'daki 16 eczane

eczacısı ile yaptıkları yerel çalışmada, asistanların OTC ilaçlar konusunda pek de doğru tavsiyeler vermediğini gördüler. Fis-her ve ark.(1991) da, asistanların, OTC ilaçları satarken beraberinde tavsiyeler de bulunmadığını gösterdi. Daha yakın zamanda yapılan bir çalışma ise (Ward ve ark, 1998), asistanların, sorumluluklarının farkında olduğunu ve eczanede verilen sağlık hizmetinin bir parçası olmaya hevesli olduklarını göstermiştir. Bu kitabın 8.Bölümünde, eczane asistanlarının, sigarayı bırakırma konusunda sağladığı katkının kanıtları yer almaktadır.

Yukarıda belirttifen eğitim sorununun üstesinden gelinebilmesi için çok sayıda öneri sunulmuştur. Örnek olarak, ilaç sınıflandırılmasında, sadece eczane eczacısı tarafından satışı mümkün olan ilaç anlamına gelen "Super P" adlı yeni bir kategori açılması fikri oldukça desteklenmiştir. Bu ilaçları almak isteyen hastaların bir eczaneye kayıt olma zorunluluğu ve eczacının sattığı her ilacı (Super P sınıfındaki ilaçlar için) kaydetmesi gibi olasılıklar tartışılmıştır. Bunların hiçbirini hayata geçirilememiş olmakla birlikte, "olası" yeni OTC ilaçlar için mevcut endişeleri kısmen de olsa ortadan kaldırmaya yönelik iki çalışma bulunmaktadır. Bunlardan birincisi, Haziran 1996 tarihi itibarıyla eczanede ilaç satışında görev alan tüm asistanların belirli bir bilgi seviyesinde olduklarının belgelenmiş olması; ikincisi ise, eczacıların, ilaç satışı ile ilgili bir yazılı protokolü eczanelerinde bulundurması zorunluluğudur. (Anonim, 1994) Bu protokol ile, eczaneden yapılan tüm satışların eczacının bilgisi dahilinde olması, bir satış sırasında ürünü alan kişiye sorulması gerektiği belirtilen soruların sorulması ve sadece eczacının satmaya yetkili olduğu ilaçların satışının eczacı tarafından yapılması sağlanmaktadır.

Yeniden yapılan sınıflandırma sonucunda, eczacının doğrudan satışını yapabileceği ilaç yelpazesi genişlemiştir. Bu ilaçların hiçbirini eczacı için yeni ilaçlar olmayıp, yeni olan, satış ve kullanım biçimleridir. Böylelikle, daha önce, yeni bir ilaç piyasaya sunulduğunda, kullanılıp kullanılmayacağına

hekim karar verir ve ancak hekim reçete ederse hastanın ilacı kullanması mümkün olurken, yeni düzenleme ile, bir diğer alternatif ortaya çıkmıştır. Bu durumda, tüm hastaların mı bu ilacı kullanması gerektiği, yoksa bazı hastaların bu ilacı kullanabilmek suretiyle diğerlerinden daha fazla yarar sağlayacağı sorusu gündeme gelmektedir. Bu tarz soruları cevaplamak için hazırlanan karmaşık bilgi paketlerinin dağıtım amacıyla, dağıtım planları oluşturuldu. Bu planlar, genellikle, açıklayıcı metinlerle genişletilmiş biçimde, diagramatik (algoritmik) versiyonda sunulmaktadır.

Bu tarz rehberlerin, eczacılar açısından, ilaçların OTC uygunluğunu desteklemek amacıyla anlaşılır ve tam bilgi vermesi gerektiği düşünülmektedir. Rehberler geliştirilmesi programı, yakın zamanda gerçekleşen yeniden sınıflandırmaya dayanmaktadır. Tıbbi endişeler nedeniyle, proje ekibi tarafından (Bond, 1995), rehber geliştirme gruplarında hekim, eczacı, akademik farmakoloji uzmanlarının da yer alması önerildi.

Araştırma Konuları

Araştırma Soruları

Bu bölümün geri kalan bölümünde, dispepsi tedavisi için bir OTC klinik eczane rehberi oluşturulması için yapılan vaka çalışmaları anlatılmaktadır. Rehberde, eczacıların, eczanelerinde kullanabileceği tarzda bilgiler ve araştırma sonuçları da bulunmaktadır. Böylelikle, eczacıların hastalara vereceği danışmanlık hizmetinde katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

Bu tarz girişimler, maliyetli olduğu ve tekrarlanması gerekebileceğinden, böyle bir programın değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu değerlendirmede, rehberin eczacıların bilgi birikimi üzerine etkisi, yararlılığı ve pratikte eczacılar, asistanları ve müşterileri tarafından uygulanabilirliği ele alınmalıdır. Her üç bileşen de, yani süreç, bilgi alış veriş ve rehberin kullanılabilirliği, sistematik çalışma gerektirmektedir.

Araştırma Metodları

Rehber geliştirilmesi süreci kendi içerisinde, H2-blokörlerinin OTC satışına farklı açılardan yaklaşan, ve birlikte çalışmaya yabancı olan meslek gruplarını bir araya gelmesi bakımından yenilikçi bir süreç olmuştur. Bu tip araştırma yapılırken, vaka çalışması metodolojilerinden yararlanılmıştır. Bunlar, gözlem teknikleri, röportajlar, yazılı dokümanlardan bilgi eldesi olarak sayılabilir.

Rehberin uygulanması sonrasında meydana gelen bilgi değişiminin ölçülebilmesi için de çeşitli teknikler bulunmaktadır. Geniş çaplı araştırma yapılmasından önce, dağıtılan rehberlerin ne çeşit ve ne ölçüde bilgi değişimi sağladığını anlamak için küçük gruplar üzerinde çalışmalar yapılabilir. Örneğin, bilgilendirme "önce ve sonrası" testleri kişilere uygulanarak, rehberin ne ölçüde fayda sağladığı görülebilir. İleriki aşamada, kişilere vaka örnekleri sunulularak verecekleri cevapla bilgi seviyeleri değerlendirilebilir.

Bu seviyede, araştırmanın amacı, rehberin yararlılığını eczacı ve hasta açısından değerlendirmektir. Çalışmada yer alan eczacılardan, rehberi değerlendirmeleri, hangi ölçüde yararlandıklarını bildirmeleri, şayet gereken faydayı elde edememişlerse bunun nedenlerinin neler olabileceği, rehberin boğanmedikleri yönleri varsa bunların neler olduğu gibi sorular sorulabilir.

Çalışmalar

Bu bölümde, yapılan bazı pilot çalışmalar ile sonuçları aktarılmaktadır. Küçük çaplı çalışmalar eleştirel olarak değerlendirilmiş ve gelecek çalışmalar için öneriler oluşturulmuştur.

Çalışma Biçiminin Gözden Geçirilmesi

Eczane eczacılarının bilgi eksikliği olup olmadığını ve bilgi ihtiyacının ne şekilde karşılanabileceğini belirlemek gerekmekeydi. H2-blokörlerinin reçetesiz satışa alınması sürecinde, dispepsi tedavisi için klinik eczane rehberlerinin geliştirilmesi çalışmalarında; bu ilaçların eczaneden serbest olarak

satılabileceği göz önüne alınarak, eğitimin gerekli olduğu belirlendi. Dört bölümden oluşan çalışma, lojistik nedenlerle yerel olarak yapıldı. Çalışma özette şu bölümlerden oluşmaktadır:

- Yerel 50 eczanenin eczacıları ile yapılan anket ile, eczacıların bilgi seviyesinin ve bunun nasıl geliştirilebileceğinin belirlenmesi
- Çeşitli meslek gruplarından kişilerin katılımı ile, mesleki etkileşimlerin de dikkate alındığı (özellikle eczane eczacısı/pratisyen hekim etkileşimi) dispepsi tedavisi için rehber oluşturulması
- Rehberin günlük kullanımda sağladığı yararlılığın ve hasta açısından uygunluğunun değerlendirilmesi
- Rehberin bilgilendirme etkinliğinin değerlendirilmesi

Böylelikle, bu çalışmanın bileşenleri, eczacılara verilebilecek eğitimler, meslek içi destek potansiyeli konularında bilgi sağladı ve hasta açısından olumlu sonuçlar sağlayabilecek pratik çalışmaların neler olabileceğine ışık tuttu.

Ayrıntılı Metodlar ve Sonuçlar

Eczane Eczacılarının Görüşleri

Metod A: Mevcut eczacılık eğitimi ve rehberlerin rolü konusundaki görüşlerini almak üzere Aberdeen'deki 50 eczane eczacısına kısa bir anket formu yollandı ve cevaplanmayan eczacılara telefon ile hatırlatma yapıldı.

Sonuçlar: Anket Aberdeen'deki tüm eczane eczacılarına gönderildi. (n=50) Cevaplanmış 33 anket geri geldi. (cevaplanma oranı %66) Cevaplayanların demografik özellikleri **Tablo 3.2'de** gösterilmiştir.

Böylelikle, örnek grup ile İngiltere'deki kadın-erkek oranı yansıtılmakla birlikte, eczacıların büyük çoğunluğu daha genç yaşta idi.

Mevcut eğitim ve rehberler konusundaki yaklaşımlar: Demografik özellikler ile eczacıların eğitim sistemi ve rehberlere yaklaşımı arasında belirgin bir bağlantı bulunamadı.

Tablo 3.2 Anketi Cevaplayan Eczacıların Demografik Özellikleri

Kategori	Alt kategori	Katılımcı %si	İngiltere oranı (1990-%)
Cinsiyet	Erkek	57.6	59.5
	Kadın	39.4	40.5
	Belirtilmemiş	3.0	
Yaş grubu	20-24	12.1	21.1
	25-29	24.2	
	30-34	6.1	21.1
	35-39		
	40-44	12.1	18.5
	45-49	3.0	
	50-54	15.2	18.6
	55-59	9.1	
	60-64	6.1	14.3
	65-69	3.0	14.3
	Belirtilmemiş	3.0	

Tablo 3.3. Mevcut eğitim sistemi ve rehberler hakkındaki yaklaşımlara ilişkin sorulara verilen cevaplar ve oranları (n=33)					
Soru: Süregelen eğitimin eczacı için elzem olduğuna inanıyor musunuz?					
HAYIR sayısı	%	EVEY Sayısı	%	BİLMİYORUM sayısı	%
3	9.1	30	90.9		
Soru: Lisansüstü eğitimin eczacı için elzem olduğuna inanıyor musunuz?					
HAYIR sayısı	%	EVEY Sayısı	%	BİLMİYORUM sayısı	%
30	90.9	3	9.1		
Soru: Hafif hastaıkların belirtilerine karşı hastalara OTC ilaçlar önerme konusunda yeterli bilgi birikimine sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
HAYIR sayısı	%	EVEY Sayısı	%	BİLMİYORUM sayısı	%
4	12.1	29	87.9		
Soru: Reçete ile satışı zorunlu ilaçların reçetesiz olarak satılabilir konuma getirilmesi şeklindeki düzenleme nedeniyle, eczacıların hastalık belirtilerin değerlendirilmesi konusunda eğitim almasını gerektireceğini düşünüyor musunuz?					
HAYIR sayısı	%	EVEY Sayısı	%	BİLMİYORUM sayısı	%
3	9.1	30	90.9		
Soru: Spesifik belirtileri nasıl değerlendirmeniz gerektiği konusunda bölgenizdeki hekimle fikir alışverişinde bulunuyor musunuz?					
HAYIR sayısı	%	EVEY Sayısı	%	BİLMİYORUM sayısı	%
26	78.8	7	21.2		
Soru: Bölgenizdeki hekimin hafif hastalıklara karşı OTC ilaçlar önerilmesi konusunda tedavi protokolü gibi yöntemlerle size yardımcı olması gerektiğini düşünüyor musunuz?					
HAYIR sayısı	%	EVEY Sayısı	%	BİLMİYORUM sayısı	%
16	48.5	14	42.4	3	9.1

Rehber geliştirilmesi (Bond ve Grimshaw, 1995)

Metod: Gastroenteroloji uzmanları ile görüşmeler sonucunda, rehberlerin, sindirim sisteminin üst yolu ile sınırlandırılmasına karar verildi. Literatür araştırması ve bazı tıbbi örneklerin incelenmesi sonrasında, rehber geliştirilmesi için bir grup kuruldu. Bu grupta, iki eczane eczacısı, iki pratisyen hekim, bir gastroenterolog, bir klinik eczacı, bir grup lideri, bir araştırma asistanı yer aldı.

Grup, Aralık, Ocak ve Şubat aylarında, toplam beş toplantı yaptı ve algoritmik bir rehber ile destekleyici doküman oluşturdu. Rehberin oluşturulmasında, vaka çalışması yaklaşımı izlendi; öncelikle gözleme dayandırdı, Bales ve Flanders etkileşim matrisinin adaptasyonu ile kanımlandı.

Öneri: Ortaya yeni bir kavramın, önerinin veya eylem biçiminin koyulduğu davranış

Tablo 3.4 Protokol Geliştirilmesi Konusunda Verilen Cevaplar (n=33)						
1 - Kesinlikle katılıyorum						
2 - Katılıyorum						
3 - Kararsızım						
4 - Katılmıyorum						
5 - Kesinlikle katılmıyorum						
- Bilmiyorum						
İfade: Kabul görmüş tedavi protokollerinin geliştirilmesi eczane eczacıları için faydalı ve eğitici bir uygulama olacaktır.						
1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	Bilmiyorum (%)	Ortalama
10 (30.3)	13 (39.4)	4 (12.1)	2 (6.1)		2.24	
İfade: Kabul görmüş tedavi protokolleri meslekler arası işbirliğini geliştirmek açısından faydalı olabilir.						
1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	Bilmiyorum (%)	Ortalama
9 (27.3)	10 (30.3)	9 (27.3)	1 (3)	4 (12.1)	2.42	
İfade: Kabul görmüş protokollerin kullanımı eczane eczacıları için faydalı ve eğitici bir uygulama olacaktır.						
1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	Bilmiyorum (%)	Ortalama
6 (18.2)	17 (51.5)	6 (18.2)	1 (3)	3 (9.1)	2.33	
İfade: Kabul edilmiş protokol geliştirilme uygulamalarında yer almak isterim						
1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	Bilmiyorum (%)	Ortalama
6 (18.2)	7 (21.2)	14 (42.4)	2 (6.1)	3 (9.1)	1(3)	2.58
İfade: Başkaları tarafından hazırlanan protokollerin pilot olarak uygulanması çalışmalarında yer almak isterim						
1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)	Bilmiyorum (%)	Ortalama
7 (21.2)	14 (42.4)	5 (15.2)	1 (3)	3 (9.1)	3 (9.1)	2.09

Şekil 3.1: Bafes ve Flanders etkileşim matrisi

Destekleme: Başka bir kimsenin fikir veya eylemlerine, bilinçli ve doğrudan destek verilmesi

Karşı olma: Başka bir kimsenin fikir veya eylemlerine, bilinçli ve doğrudan karşı çıkılması, karşı düşünce veya eylem geliştirilmesi

Bilgilendirme: Diğer bireylere bir konu hakkındaki gerçeklerin, fikirlerin ve açıklayıcı bilgilerin sunulması

Bilgi arama: Bir konu hakkında başka bireylerden fikir ve açıklayıcı bilgi almaya çalışılması

Tasarım: Başka bir kimse tarafından sunulan bir teklifin geliştirilmesi

Sonuçlar: Yapılan beş toplantının özeti, yazarm gözlemleri ve etkileşim analizleri aşağıda sunulmuştur.

Birinci ve ikinci toplantı: Toplantıların yapıldığı tarihlerdeki programının yoğunluğu nedeniyle gastroenterolog ilk iki toplantıya katılmadı. Birinci toplantıda, grubun görevleri belirlendi, mesleki hiyerarşi ve kişilerin tecrübeleri doğrultusunda görev dağılımı yapıldı. Daha verimli geçen ikinci toplantıda, algoritmik bir yapı kullanılarak rehberin oluşturulmasına başlandı. Grup, rehberin kapsadığı hastalık ve hasta gruplarını tanımlayarak, hastanın bir hekime yönlendirilmesi gereken belirtileri belirledi. (Örn: sürekli kusma, hematem, kilo kaybı, sarılık)

Üçüncü toplantı: Gastroenteroloji uzmanının katıldığı ilk toplantı olması itibarıyla görev dağılımı üzerinde yeniden görüşüldü. Grup üyelerinin farklı meslek gruplarından olması, bunun yanı sıra farklı bilgi birikimi ve tecrübeye sahip olmaları nedeniyle, çalışmalar sırasında bazı sıkıntılar yaşandı. Genel olarak "iki adım ileri üç adım geri" havası hissedildi. Rehber konusunda az ilerleme kaydedildi. Antiasitlerle tedavi yöntemleri üzerinde çalışıldı.

Dördüncü ve beşinci toplantılar: Dördüncü toplantı, üçüncü toplantıya göre çok daha verimli geçti. Katılımcılar yine konulara farklı bakış açılarından yaklaşmakla birlikte, bu defa uzlaşmaya varmaya hazır dılar. Rehberde, tüm tedavi yöntemleri üzerinde durulurken, simetidin'in eczane eczacıları tarafından güvenle önerilebileceğine karar verildi. Beşinci toplantıda rehberin son şekli verildi, rehber son şekliyle gözden geçirildi. (Şekil 3.2)

Rehberin hazırlanması sırasında başta gergin olan ortam, ilerleyen toplantılarda yumuşamış ve gerek kişiler arası gerek meslekler arası yaşanan anlaşmazlıklar yerini uyumlu bir çalışmaya bırakmıştır. Yapılan beş toplantı boyunca yaşanan etkileşimler, Tablo 3.5'te Bales ve Flanders yöntemi ile gösterilmiştir.

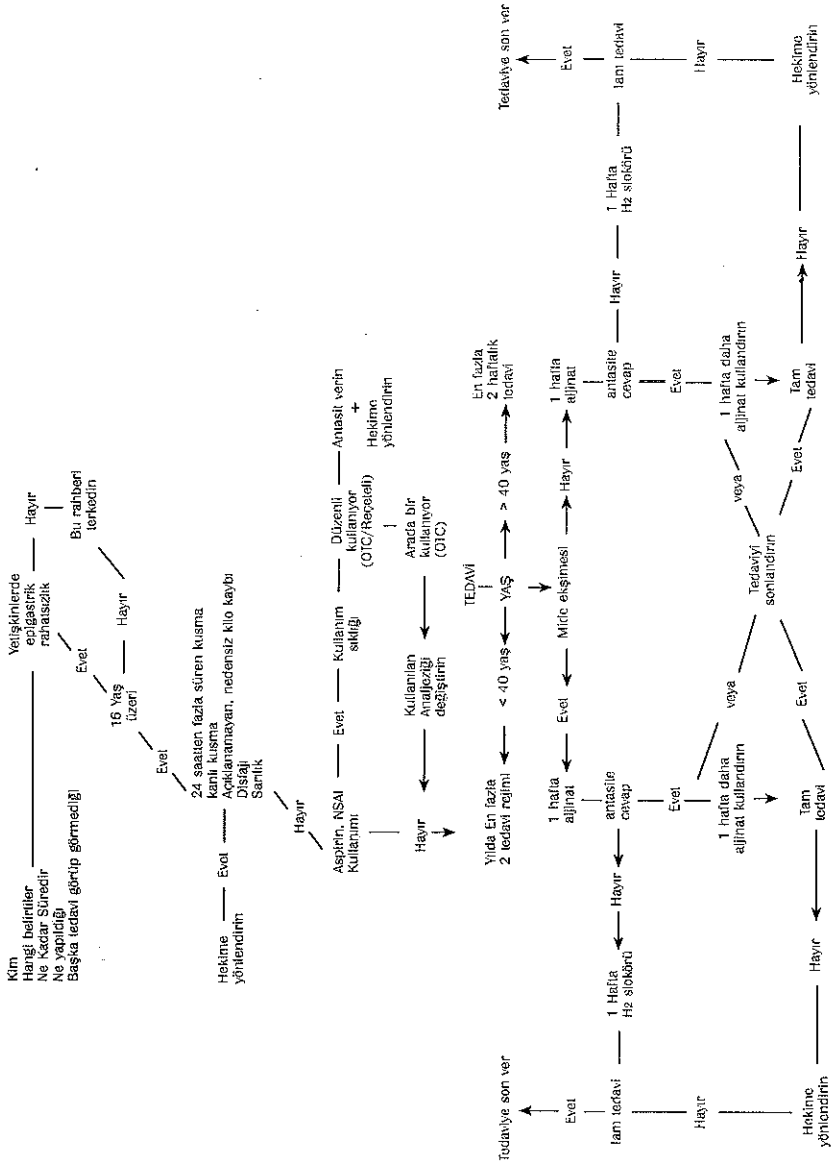
Tablo 3.5 Bales ve Flanders Analizi: Toplantı Etkileşim Özeti (Bond ve Grimshaw'dan izin alınarak yeniden düzenlenmiştir, 1995)

		Toplantılar					
Etkileşim	1	2	3	4	5	Toplam	
Öneriler	4	4	7	12	13	40	
Destekleme	5	9	8	8	5	35	
Karşı çıkma	6	2	7	1	3	19	
Bilgilendirme	6	8	7	7	10	38	
Bilgi arama	2	2	7	5	5	21	
Tasarım	5	3	2	2	4	16	
Toplam	28	28	38	35	40	169	

Şekil 3.3: Protokol geliştirilmesi çalışmaları boyunca, belirlenen, yüzleşilen sorunlar ve konu başlıkları ise şu şekildedir.

- Eczacılar ile hekimler arasında yaşanan mesleki hiyerarşiye dayalı sorunlar
- Birinci basamak ve ikinci basamak sağlık kuruluşları arasındaki hiyerarşiye dayalı olarak yaşanan sorunlar
- Hekimlerin eczacıların eğitiminin karşı duyarlılığı
- Hekimlerin eczacıların pratikteki uygulamalarına karşı duyarlılığı
- Eczacıların mevcut çalışma ortamlarının eksiklikleri
- Değişime karşı gösterilen direnç

Şekil 3.2: Dispepsi Rehberi (Bond ve Grimshaw, 1994) Pharmaceutical Journal'ın izniyle basılmıştır.



Rehber Yararlılığı Konusunda Pilot Çalışma

Metod: Hazırlanan rehberi kullanım kolaylığını ve yararlılığını denemek üzere, Aberdeen'de 10 eczane eczacısı belirlendi. Rehber geliştirme grubunda yer alan iki eczacı da, rehberi uygulama açısından değerlendirdi. Bu dönemde, H2 blokörlerinin reçetesiz olarak satılması gündeme gelmiş ancak henüz yasalaşmamış olduğundan; rehberin, H2 blokörlerinin yer almadığı bir versiyonu hazırlanarak pilot eczanelere gönderildi. Pilot çalışma 1993 yılı Mart - Nisan ayları arasında yapıldı. Rehber hazırlama grubunun, Bölge eczacılık Komitesi ve Bölge Tıp Komitesinin Genel Uygulamalar Alt Komitesinin üyeleri de, konu hakkında raporlarını sundular.

Bu değerlendirme aşaması sonrasında, herhangi bir değişiklik yapılmadı; ve geniş çaplı bir pilot uygulama yapıldı. Bölgedeki toplam 134 eczane eczacı, rehber yararlılık çalışmasında yer almak üzere davet edildi. Yararlılık değerlendirme toplantılarına çeşitli nedenlerle katılmayan eczacılar, daha sonra ziyaret edildi veya rehber ve bilgiler posta yolu ile gönderildi. Tıbbi çalışmalarda, en iyi sonuçların yüz yüze yapılarak elde edildiğinin belirlenmiş olması nedeniyle, posta yolu ile gönderme yöntemi mümkün olduğunca az tercih edildi. (Grimshaw ve Russell, 1993)

Toplantılarda, başlangıçta gastrointestinal sistem konulu bir test yapıldı; ardından rehberlerin geliştirilmesi ve amacı hakkında bilgi verilerek, rehberin yararlılığının değerlendirmesi için hazırlanan dokümanlar sunuldu. Sonrasında katılımcıların soruları cevaplandırıldı ve ortak sorunlar tartışıldı.

Eczane eczacılarından, üç ay boyunca, kendilerinden gastrointestinal sistemin üst bölümü ile ilgili tavsiye istendiği zaman, mutlaka rehberi kullanmaları ve rehber doğrultusunda verdikleri her tavsiyeyi, araştırma paketinde bulunan çizelgeye kayıt etmeleri istendi. Bunun yanı sıra, herhangi bir nedenle rehberi kullanmadıkları ancak tavsiye verdikleri durumlar ile, beraberinde herhangi bir tavsiye verilmeksizin doğrudan satışını yaptıkları

dispepsi tedavisinde kullanılan ilaçları da kayıt altına almaları istendi.

Üç aylık deneme süresi sonrasında, katılımcı eczacılar rehber, bilgi ve kayıt tuttukları çizelgeleri içeren paketi merkeze gönderdiler. Son olarak, eczacılara gönderilen bir Rehber Değerlendirme Anketi ile, rehberin kullanım kolaylığı, eczacıya, hastaya ve kullanıma uyumluluğu konusundaki görüşleri alındı. Ayrıca gastrointestinal sistem hakkındaki bilgilerini ölçen ikinci bir test yapıldı ve bundan sonraki rehber düzenlemeleri için konu başlığı görüşleri alındı.

Sonuçlar: Rehberin subjektif değerlendirmesine bakıldığında, posta yoluyla gönderilen ankete katılan eczacıların rehberi de, açıklayıcı bilgi notlarını da yararlı bulduğu ve yer alan bilgilere katıldığı görüldü. Çalışmaya katılan eczacıların büyük kısmı, rehberin kullanımı kolay buldu ve diagram versiyonunu tercih ettiğini bildirdi. Çalışma toplantılarına katılan ve/veya araştırma ekibinden bir kişinin yüz yüze görüştüğü ve ziyaret ettiği eczacıların, rehberi daha sıklıkla kullandığı görüldü. Katılımcı eczacıların %40'ı, hastaların zaman zaman, rehberde yer alan yapıda soruları cevaplamaya istekli olmadığını belirtti. Eczacıardan bir tanesi, rehberin bir örneğini talep ederken, yine bir eczacı başka konu başlıkları için de rehber hazırlanmasını istedi.

Tablo 3.6 Eczane eczacıları ile yapılan araştırma sonuçları

Rehber toplantılarına şahsen katılan eczacı sayısı.....	16
Posta yoluyla araştırmaya katılımı sağlanan eczacı sayısı.....	13
Bireysel ziyaret ile katılımı sağlanan eczacı sayısı.....	10
Toplam katılımcı sayısı.....	39
3 eczacı hastalık nedeniyle ayrıldı.....	3
.....eczacı taşındı	
Sonuç katılımcı sayısı.....	33
Doldurulmuş çizelge sayısı.....	29 (%88)
Doldurulmuş değerlendirme formu sayısı.....	32 (%97)
Doldurulmuş GIS bilgi testi sayısı.....	23 (%70)

Rehber Kullanımı	Haftalık sıklık	3 aylık sürede oran
Rehberin kullanıldığı durum adedi	1.97	0-69
Rehberin kullanılmadığı durum adedi	1.28	0-59
Karşılaşılan toplam dispepsi adedi	3.25	0-287

Bilgi değerlendirilmesi

Metod: Gastrointestinal sistem (GIS) hakkında, genel sorular ve rehber içeriğinde de yer alan konulardan oluşan bir bilgi değerlendirme testi hazırlanarak çalışma öncesi ve sonrasında katılımcı eczacılara uygulandı. Böylelikle her katılımcı eczacı, kendi bilgisini ölçmüştü. Test formuna isim yazma zorunluluğu konmayarak, katılımcıların çekince yaşamaması engellendi.

Tablo 3.8: Rehber yararlılık anketi sonuçlarının değerlendirilmesi (n=32)

Sorular

- (1) Diagram rehberi yararlı buldunuz mu?
- (2) Açıklayıcı bilgi notlarını yararlı buldunuz mu?
- (3) Diagram ve açıklama notlarında verilen bilgilere katılıyor musunuz?
- (4) Diagram rehberin kullanımı kolay mıydı?
- (5) Hastalardan, rehber için sorulması gerekli sorulara cevap alabildiniz mi?
- (6) Rehberde yer almayan başka soruları da sormanız gerekli mi?
- (7) Diagram rehberi kendi kullanım kolaylığınız için değiştirdiniz mi?
- (8) Sadece rehberin sunumu açısından değerlendirdiğinizde, rehberin diagram versiyonunu mu yoksa açıklayıcı bilgi notlarını mı tercih edersiniz?

- (9) Rehberin geliştirilmesine yönelik önerileriniz var mı?
- (10) Rehberin revize edilmiş şeklinden bir örnek almak ister misiniz?
- (11) Başka terapötik başlıklar için hazırlanacak rehberlerin size gönderilmesini ister misiniz?

Soru	EVET (%)	HAYIR (%)	BİLMİYORUM (%)
(1)	31(97)	1 (3)	0 (0)
(2)	31(97)	1 (3)	0 (0)
(3)	31(97)	0 (0)	1 (3)
(4)	21(66)	10 (31)	1 (3)
(5)	14 (44)	11 (34)	7 (22)
(6)	7 (22)	24 (75)	1 (3)
(7)	17 (53)	15 (47)	0 (0)
(8)	22 (69)	10 (31)	0 (0)
(9)	16 (50)	14 (44)	2 (6)
(10)	31 (97)	1 (3)	0 (0)
(11)	28 (88)	1 (3)	3 (9)

Sonuçlar: 33 katılımcıdan 23ünün cevapladığı GIS bilgi testinde, doğru-yanlış tipli sorular ile cevabı çoktan seçmeli olan sorular yer almaktaydı. Test, rehber değerlendirme çalışması öncesinde ve sonrasında katılımcılara uygulandığından, rehber çalışmasının eczacıların GIS konusundaki bilgilerini olumlu yönde etkilediğini ve artırdığını ortaya çıkardı. Rehberden bağımsız olarak hazırlanan soruların cevaplanmasında ise belirgin bir farklılık gözlenmedi.

Şekil 3.5: Sonuçların Özeti

- Aberdeen eczacıları, hafif hastalıkların semptomatik tedavisi konusunda kendilerinden emin olmakla birlikte, klinik eczacılık rehberlerini kullanmaya ve meslek içi eğitimlere açıldılar.
- Tıp ve eczacılık alanından temsilcilerin oluşturduğu bir çalışma grubu, dispepsi tedavisi

üzerine bir rehber oluşturdular.

- Rehber geliştirme grubu çalışmalarının gözlenmesi, meslekler arası diğer sorunların da belirlenmesini sağladı.
- Eczacıların büyük çoğunluğu, rehberi pratik ve yararlı bularak, başka alanlarda da rehber hazırlanmasını istedi.

Sınırlamalar ve Etkiler

Çalışma Sınırlamaları

Bu çalışma küçük çaplı ve sınırlanmış bir çalışmaydı. Şöyle ki, belli bir coğrafi bölgeden ve kendi istekleriyle katılan eczacılarla yapıldı. Katılımcıların çoğunluğunu genç eczacıların oluşturması da göz önüne alındığında, bilgi birikimi ve eğilim altyapısı bakımından farklılıklar vardı. Bu çalışmada, toplantılar düzenlenmesi, yüz yüze görüşmeler, posta yoluyla bilgi gönderimi gibi yayılım yöntemleri denendi. Daha sonra eczacılarla yapılan görüşmelerden, yüz yüze bilgi aktarımı ve toplantıların, daha faydalı iletişim yöntemleri olduğu belirtildi.

Gelecek Üzerine Etkiler

Bu bölümün başında yapılan açıklamalar ile, eczane eczacıları için OTC klinik rehberleri hazırlanmasının gerekliliği ve yararları açıkça belirtilmiştir. Bununla birlikte, yapılan çalışma ile elde edilen sonuçlar, aynı çalışmanın farklı koşullarda daha geniş alanda ve daha çok sayıda eczacı ile yapılma-

sı halinde ne gibi sonuçlar elde edileceği sorularını gündeme getirmektedir.

İleride yapılacak olan çalışmalarda, daha fazla sayıda eczacı yer almalı ve katılımcıların aldığı eğilimin gerçekten onların yararına olup olmadığı değerlendirilmelidir. Böyle bir değerlendirme yapılırken, Ulusal Sağlık Hizmetleri'nin deyimile "en iyi metod" en uygun maliyetli olanıdır gibi terimlerden de yararlanılmalıdır. Farklı eczacıların hastaya karşı farklı yaklaşımlar sergilemesi mümkün müdür? Örneğin, hastalar her zaman en uygun fiyatlı tedaviyi mi almayı tercih eder? En iyi OTC tedaviyi alan hastalar daha mı çabuk gelişme gösterir? Diğer yandan, hastalar açısından bakıldığında, hastalar eczacıların tedaviye daha müdahaleci bir role sahip olmasını nasıl değerlendirmektedir? OTC kapsamına alınan ilaçların sayısı arttıkça ve bu ilaçlar giderek daha yaygın biçimde kullanıldıkça, bu anlamda ilaçların güvenilir biçimde kullanıldığından nasıl emin olacağız? Tüm satışların kayıt altına mı alınması gerekecek?

Bu bölümde, klinik rehberlerin yararlılığı aktarılmaya çalışılmıştır. Rehberlerin hazırlanmasında, Ulusal Sağlık Hizmetleri ile de işbirliği içinde olunarak, rehberlerde yer alan tedavi yöntemlerinin, birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen ile paralel olması sağlanmalıdır.

Referanslar

- Anonymous (1992). Royal College of GPs accepts pharmacy report with reservations. *Pharm J* 249: 305.
- Anonymous (1993). Editorial. Ocs o-t-c? *Lancet* 342: 565-566.
- Anonymous (1994). Protocols and staff training to be added to Code of Ethics. *Pharm J* 252: 124.
- Anonymous (1995a). GSL Ibuprofen product to be marketed this month. *Pharm J* 254: 12.
- Anonymous (1995b). POM-to-P shift proposed for budesonide and P-to-POM for carbaryl. *Pharm J* 255: 138.
- Baker M (1993). POM to P: Who controls? Proceedings of members meeting July 1993. London: Proprietary Association of Great Britain.
- Bales R F (1950). Interaction process analysis: a method for the study of small groups. Cambridge, Mass: Addison-Wesley.
- Bond C M (1994). Teaching in the undergraduate medical curriculum: a study of the effect of gender and other factors. MEd Thesis. University of Aberdeen.
- Bond C M (1995). Prescribing in community pharmacy: barriers and opportunities. PhD Thesis. University of Aberdeen.
- Bond C M, Grimshaw J M (1994). Clinical guidelines for the treatment of dyspepsia in community pharmacies. *Pharm J* 252: 228.
- Bond C M, Grimshaw J M (1995). Multidisciplinary guideline development: a case study from community pharmacy. *Health Bulletin* 53: 26-33.
- Bond C M, Grimshaw J M, Taylor R et al. (1998). The evaluation of clinical guidelines to ensure appropriate 'over-the-counter' advice in community pharmacies. *Journal of Social and Administrative Pharmacy* 15: 33-9.
- Bottomley V (1989). Reported in POM to P call to meet government's health challenge. *Pharm J* 243: 728.
- Burrell G, Morgan G (1979). Sociological paradigms and organisational analysis. London: Heinemann.
- Centre for Health Services Research, University of Newcastle (1991). North of England study of standards and performance in general practice. Report 50.
- Charupatanapong N (1994). Perceived likelihood of risks in self medication practices. *J Soc Admin Pharm* 11(1): 18-27.
- Committee on Safety of Medicines and Medicines Control Agency (1992). Astemizole and terfenadine. Current problems in Pharmacovigilance: 35.
- Council of the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (1995). Annual Report. London: Pharmaceutical Press.
- Department of Health (1997). The New NHS - Modern and dependable.
- Department of Health and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (1992). *Pharmaceutical Care: the future for community pharmacy*. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.
- Drife J O (1993). Deregulating emergency contraception. *BMJ* 307: 695-96.
- Drug and Therapeutics Bulletin (1993). Medicines cheaper over the counter. *Drug Ther Bull* 31(15): supplement.
- Edwards C (1992). Liberalising medicines supply. *Int J Pharm Pract* 1(4): 186.
- European Community (1992). Directive for medicines classification. 92/26/EEC.
- Financial Times (1994). Finland steps up pace of switching. *OTC Business News* November 24: 9,10,13.
- Fisher C M, Corrigan O I, Henman M C (1991). A study of community pharmacy practice. 3. Non-prescribed medicines sales and counselling. *J Soc Admin Pharm* 8(2): 69-75.
- Freemantle N, Henry D, Maynard A, et al. (1995). Promoting cost effective prescribing: Britain lags behind. *BMJ* 310: 955-56.
- General Medical Services Committee (1995). Reported in More support for OTC emergency contraception. *Pharm J* 254: 572.

- Gibson P, Henry D, Francis L, et al. (1993). Association between non prescription beta 2 agonist inhalers and under treatment of asthma. *BMJ* 306: 1514-18.
- Gore M R, Thomas J (1995). Non-prescription information services in pharmacies and alternative stores: implications for a third class of drugs. *J Soc Admin Pharm* 12(2): 86-99.
- Grimshaw J M, Russell I T (1993). Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet* 342: 1317-22.
- Hardisty B (1990). The enigma of OTC advertising. *Pharm J* 245: 321.
- Krska J, Greenwood R, Howitt E P (1994). Audit of advice given in response to symptoms. *Pharm J* 252: 93-96.
- Levin I S (1988). Self medication in Europe: some perspectives on the role of the pharmacist. In: Lund L, Dukes G, eds. *The role and function of the pharmacist in Europe*. Report of a WHO working group. Groningen: Slyx Publications.
- Macarthur D (1993). *OTC switches - hope or hype?* Dorking: Donald Macarthur.
- Medicines Control Agency (1992). Changing the legal classification of a prescription only medicine for human use. *MAL* 77. London: MCA.
- Odd R (1992). Proceedings of Medicines Control Agency POM to P seminar. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.
- Prayle D, Brazier M (1998). Supply of medicines: paternalism, autonomy and reality. *J Med Ethics* 24: 93-98.
- Proprietary Association of Great Britain (1994). Code of standards of advertising practice for over-the-counter medicines. London: PAGB.
- Royal College of General Practitioners (1993). Comment by the Royal College of General Practitioners on the Report of the Joint Working Party on the future role of the Community Pharmaceutical Services. Royal College of General Practitioners 1993 Members' Reference Book 145-149. London: RCGP.
- Royal College of General Practitioners (1995). Reported in RCGP votes for emergency contraception OTC. *Pharm J* 254: 185.
- Royal Pharmaceutical Society of Great Britain (1998). *Bibliography. Prescription only medicines reclassified to pharmacy only medicines*. London: RPSGB.
- Ryan M, Bond C M (1996). Using the economic theory of consumer surplus to estimate the benefits of dispensing doctors and prescribing pharmacists. *J Soc Admin Pharm* 13(4): 178-87.
- Ryan M, Yule B (1990). Switching drugs from prescription-only to over-the-counter availability: economic benefits in the United Kingdom. *Health Policy* 16: 233-39.
- Scottish Medicines Resource Centre (1993). *Generic prescribing*. *Medicines Resource* 10: 358.
- Secretary of state for Scotland (1997). *Designed to care: renewing the National Health Service in Scotland*.
- Spencer J, Edwards C (1992). Pharmacy beyond the dispensary: general practitioners' views. *BMJ* 304: 1670-72.
- Stewart A (1994). Staff training: fountain of knowledge or a mirage. *Pharm J* 253: 728.
- Stroh B (1995). Medicines classification. *Pharm J* 255: 167.
- Thomas C E (1986). Over-the-counter theophyllines. *J R Coll Gen Pract* 3(6): 180.
- Wade A (1991). Personal communication. London: Science Committee, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain.
- Ward P R, Bissell P, Noyce P R (1998). Medicines counter assistants: roles and responsibilities in the sale of deregulated medicines. *Int J Pharm Pract* 6(4): 207-15