



TOPLUM ECZACILARININ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNE ENTEGRE EDİLMESİ: TÜRKİYE İÇİN BİR POLİTİKA ÖNERİSİ

INTEGRATION OF COMMUNITY PHARMACISTS INTO PRIMARY HEALTH SERVICES: A POLICY RECOMMENDATION FOR TURKEY

Nazan KARTAL^{1*}

¹Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, 18100, Çankırı, Türkiye

ÖZ

Amaç: Toplum eczacılığı hizmeti, son yıllarda ilaç satış ve dağıtımının ötesine geçerek farmasötik bakım odaklı hale gelmiştir. Toplum eczaneleri, en kolay erişilebilir durumdaki sağlık profesyoneli grubu olması sebebiyle pekçok kişi için sağlık hizmetlerinde ilk ve bazen de tek temas noktası haline gelmiştir. Sağlık insangücü eksikliği, nüfusun yaşlanması, kronik hastalıkların artması gibi pekçok faktör sağlık sistemlerinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu konusunda baskı oluşturmaktadır. Bazı ülkeler birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunu rahatlatılmak için toplum eczacılarından daha fazla yararlanmaya başlamıştır. Bu kapsamda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde dünya genelinde eczacıların rolünün genişlediği görülmektedir. Bu çalışmanın amacı, toplum eczacılarının birinci basamak sağlık hizmetlerinde aktif olarak kullanılması konusunu Türkiye düzleminde incelemektir.

Sonuç ve Tartışma: Sonuç olarak, Türkiye’de toplum eczacılarının birinci basamak sağlık hizmetleri sisteminde aktif olarak yer almadığı görülmüştür. İlerleyen dönemlerde, mevcut ülke örneklerinin de incelenerek gerekli politik zeminin oluşturulmasıyla toplum eczacılarının birinci basamak sağlık hizmetleri sunumuna aktif katılımlarının sağlanabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık politikası, toplum eczacılığı

ABSTRACT

Objective: In recent years, the community pharmacy profession has moved beyond the sale and distribution of drugs to become pharmaceutical care oriented. Community pharmacies have become the first and sometimes the only point of contact in healthcare for many people, as they are the most easily accessible group of healthcare professionals. Many factors such as lack of health manpower, aging of the population, increase in chronic diseases put pressure on the provision of primary healthcare services in health systems. Some countries have started to benefit more from community pharmacists in order to ease the delivery of primary healthcare services. In this context, it is seen that the role of pharmacists in primary healthcare services is expanding worldwide. The aim of this study is to examine the active use of community pharmacists in primary healthcare services in Turkey.

Result and Discussion: As a result, it has been observed that community pharmacists are not actively involved in the primary healthcare system in Turkey. In the following periods, it is thought

* Sorumlu Yazar / Corresponding Author: Nazan Kartal
e-posta / e-mail: nazankartal18@gmail.com, Tel. / Phone: +903762189500/6963

that the active participation of community pharmacists in the provision of primary healthcare services can be ensured by examining the existing country examples and establishing the necessary political ground.

Keywords: *Community pharmacy, health policy, primary care*

GİRİŞ

Dünya nüfusu hızla yaşlanmaktadır. Yirminci yüzyılda sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmeler, insanların daha uzun ve sağlıklı yaşamasına katkıda bulunmuştur. Ancak yaşam beklentisinin uzaması, demans gibi yaşa bağlı hastalıkları olan kişilerin sayısında da artışa neden olmuştur. Bunun yanı sıra, beslenme biçiminin değişmesi hareketsizlik gibi etkenlerle birlikte kronik rahatsızlıklarda artış yaşanmıştır. Bahsi geçen faktörler birinci basamak sağlık hizmetlerine yönelik artan talep ve baskıya neden olmuştur [1]. Bu baskı, sağlık hizmetleri sürecinde mevcut tüm paydaşların avantajlarından yararlanmak için yeni stratejilerin uygulanmasını gerektirmektedir. Bu kapsamda, toplum eczacıları grubunun, toplumdaki kronik sağlık problemlerinin bakımıyla ilgili pekçok faaliyeti tamamlayarak birinci basamak sağlık hizmetleri üzerindeki baskıyı hafifletebileceği düşünülmektedir [2].

Sağlık harcamalarının sürdürülebilirliğine ilişkin endişeler, toplum eczacılarının hasta merkezli sorumluluklarının genişletilmesi yönündeki ilgiyi artırmıştır. Toplum eczacıları, sağlık insangücünün önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Özellikle birinci basamak hekim ve hemşirelerinin yoğunluğu göz önüne alındığında, bazı ülkelerde politika yapıcılar, ilaçların doğru ve maliyet etkili kullanımına katkı sağlayabilecek diğer sağlık profesyonellerinin potansiyelinden de yararlanmaya başlamıştır [3]. Eczacılık uygulaması, ilaç sunumunun geleneksel rolünden, bugün farmasötik bakım olarak bilinen yöntemle hastaya daha iyi hizmetler sunmayı içeren daha hasta merkezli ve sonuç odaklı bir modele doğru evrilmiştir.

Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde toplum eczacılarının kullanımı konusuna dikkat çekerek Türkiye için uygulanabilirliğini incelemektir. Bu kapsamda öncelikle toplum eczacılığı kavramı açıklanmış ve toplum eczacılığının gelişimine yer verilmiştir. Daha sonrasında toplum eczacılarının birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanımının faydaları ve karşılaşılan engellere değinilmiştir. Çalışmanın sonraki bölümünde dünya genelinde toplum eczacılarının birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanımıyla ilgili bilgiler yer almaktadır. Son olarak Türkiye'deki mevcut durumdan bahsedilerek bazı önerilerde bulunulmuştur. Çalışmanın, toplum eczacılarının birinci basamak sağlık hizmetleri için önemi konusunda farkındalık oluşturarak gerekli politik müdahalelerin hayata geçirilmesi için politika yapıcılara fikir sağlayacağı düşünülmektedir.

Toplum Eczacılığı Kavramı ve Toplum Eczacılığının Gelişimi

Eczacıların profesyonel rolleri ve sorumlulukları, tarihsel olarak, ilaç hazırlama ve dağıtma odaklı olmaktan genişletilmiş farmasötik bakım hizmetlerine doğru evrilmiştir [4]. Farmasötik bakım, eczacıların "*hastanın ilaç tedavisinden olumlu sonuçlar elde etmesini sağlamak için mümkün olan her şeyi yapmaya söz verdikleri*" bir eczane uygulaması felsefesidir [5].

Uluslararası Eczacılık Federasyonu (International Pharmaceutical Federation-FIP)'na göre toplum eczacılığı küresel anlamda evrim sürecindedir. Bu sürece katkıda bulunan belli başlı faktörler şu şekilde sıralanabilir [6]:

- Sağlık sistemleri ve hastaların değişen ihtiyaçları,
- Covid-19 pandemisinin yarattığı etki,
- Hızlı yanıt üretme ve adaptasyon ihtiyacı,
- Öz bakımda yeni akımlar,
- Yeni teknolojilerin ve dijital unsurların ortaya çıkması,
- Hukuki modellerde yeni akımlar,
- Mesleki hizmet ve ödeme modellerindeki yenilikler,
- Toplum eczanelerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde artan rolü.

Küresel anlamda eczacıların hasta bakımındaki rolü son otuz kırk yıl içinde değişmiştir [7]. Son yıllarda eczacıların profesyonel figürü, rolleri, görevleri ve sorumluluklarının kademeli olarak genişlediği bilinmektedir. İlk dönemlerinde, ürün odaklı, hastaya dönük ve reçeteli ilaç dağıtımından

oluşan eczacı rolleri, daha sonrasında hizmetlere dayalı ve hasta merkezli bir yöne doğru evrilmiştir. Günümüzde ise, hasta danışmanlığı ve ilaç dağıtımının ötesinde hizmetlere doğru genişleyen bir hale gelmiştir [8]. Tablo 1’de görüldüğü üzere günümüzde toplum eczacılarının görev alanı oldukça genişlemiştir.

Tablo 1. Hizmet Kategorileri ile Toplum Eczaneleri [9]

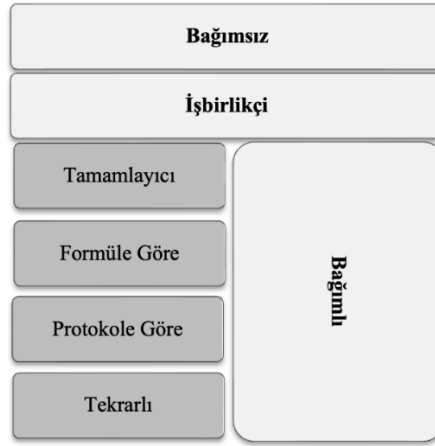
Dağıtım Hizmetleri	Gece hizmeti
	Reçeteyle satılan ilaçların olağanüstü durumlarda reçetesiz tedariki
	Reçeteyle satılan ilaçların acil durumlarda reçetesiz tedariki
	Kronik hastalıklarda reçete yenileme ve dağıtma
	Bağımsız reçetelendirme
	Jenerik / eşdeğer önerme
	Güvenlik sebebiyle ilaç vermeyi reddetme
	Eve teslimat hizmeti
Sağlıklı Yaşamı Teşvik Eden Hizmetler	Miadı dolmuş veya istenmeyen ilaçların imha ve idaresi
	İğne/şırınga değişimi
	Seyahat gibi durumlarda hastalara sunulan ilaç-eczacılık hizmeti
	Eczacı tarafından aşı uygulaması
	Kilo kontrolü
	Sigara bıraktırma
	Sağlık eğitimi
Tarama ve Sevk Hizmetleri	İlaç kullanmayan risk altındaki bireylerin taranması (Ör: diyabet, hipertansiyon, lipid bozuklukları, HIV, Hep B, Hep C, kolon kanseri, COVID 19)
	Ek izleme altındaki ilaçlar için farmakovijilans (Ör: siyah üçgen ilaçlar için tarama soruları)
	Diğer sağlık hizmeti sağlayıcılarına sevk
	Son kullanma tarihi geçmiş veya istenmeyen ilaçların ele alınması ve imhası
Hastalık Yönetimi Hizmetleri	Enjektabl ilaçların uygulanması (Örn: antibiyotikler)
	Denetimli ilaç kullanımı
	İlaçların, ilaç kullanımında kullanılan cihazların, kendi kendine izlem cihazlarının kullanım eğitimleri
	İlaç tedavisine uyum desteği
	Eczacılar tarafından telekonsültasyon
	Kronik hastalıkların yönetimi (Ör: hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet, astım, KOAH, yeni oral antikoagülanlar)
	Diğer: hastalara koşullar/tedaviler hakkında bilgi verilmesi
Kişiyi Özgü Tedavi Yönetimi Hizmetleri	Reçetelendirilmiş tedavinin ayarlanması (doz, formülasyon vs değişimi)
	Doz uygulama yardımı
	İlaç incelemesi
	Evde ya da bakımevinde ilaç incelemesi
	İlaç uzlaşısı
	Terapötik ikame
	İlaç kesme/ ilaç vermeme (Örn: benzodiazepinler, antidepresanlar)
	Birinci basamak sağlık hizmeti ile entegre bakım yolları/protokoller/kalite çemberleri
	Yüksek maliyetli ilaç dağıtımı ve yönetimi (Ör: onkoloji, HIV, romatoid artrit, multiple skleroz)
	İlaç doz titrasyonu (Ör: insülin)
Majistral formülasyon	
Sağlık Teknolojisi Değerlendirmesine Dayalı Hizmetler	Yeni ilaçların etkinliğine dair veri toplama

Kronik hastalık yönetiminde pek çok hasta, tavsiye almak ve semptomlarını tedavi etmek veya hafifletmek ya da kronik sağlık problemlerinin ilerlemesini önlemek için ilaç almak üzere düzenli olarak

eczaneleri ziyaret etmektedir. Son derece erişilebilir olarak görülen toplum eczanelerinin ve eczacıların [10,11] toplum sağlığının iyileştirilmesine açık bir rolü bulunmaktadır [12]. Eczacılık mesleği dünya genelinde pek çok ülkede astım, artrit, mental rahatsızlıklar, diyabet, kardiyovasküler rahatsızlıklar ve osteoporoz gibi kronik durumların yönetimi konusunda sağlık sistemleri için destekleyici işlev görerek daha hasta merkezli bir hizmet sunumuna doğru ilerlemektedir [13]. Eczacılık hizmetlerinin madde kullanımı, enfeksiyon kontrolü, eğitim ve tedavi, bağışıklama, sigarayı bırakma, koroner kalp hastalığı, cilt kanseri önleme, cinsel sağlık, aile planlaması, ruh sağlığı, kaza yaralanmalarını önleme, diyabet, kolesterol yönetimi, beslenme ve fiziksel aktivite gibi alanlarda sağlığın geliştirilmesine katkı sağladığına ilişkin kanıtlar bulunmaktadır. Sağlığın geliştirilmesi ve teşviki, toplum eczacısının rolünün bir parçası olarak açıkça tanımlanmamıştır. Bununla birlikte, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi unsurları, genel sağlık danışmanlığı, hastalara ilaçlar ve kendi kendine ilaç tedavisi konusunda danışmanlık ve sağlık eğitimi gibi görevlere dahil edilir. Sağlık hizmet sistemlerinde devam eden değişim nedeniyle, profesyonel eczacı dernekleri, mesleği toplumun halk sağlığı ihtiyaçlarına daha iyi hizmet edecek şekilde yirmi birinci yüzyılda etkili bir şekilde konumlandırmanın bir yolu olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi ile giderek daha fazla ilgilenmeye başlamıştır [14].

FIP [15], kronik hastalık yönetiminde farmasötik bakımı da içeren eczacıların rolüne ilişkin bir bildiri yayınlamıştır. Farmasötik bakım, eczacılara kronik hastalıkları olan kişilerin bakımında daha büyük bir role sahip olma fırsatı sunmaktadır [16]. Farmasötik bakımda eczacılar, hasta için ekonomik, klinik ve insani sonuçları iyileştirecek en uygun bakımı sağlamak için hasta ve diğer sağlık profesyonelleriyle iş birliği yapmaktadır [5]. Bu hizmet anlayışı, ilaç sağlamanın ötesine geçerek hastaya değer katan diğer hizmetleri sunmaya geçtiği anlamına gelmektedir. Bu katma değerli eczacılık hizmetleri, hastaların sağlıkları için faydalı olan ve farmasötik bakım sonuçlarını iyileştiren geleneksel ilaç verme ve profesyonel danışmanlık hizmetlerine ek olarak hastaların aldığı kaliteli hizmetlerdir. Diğerlerinin yanı sıra ilaç tedavisi yönetimi, bağışıklama hizmetleri, yaşam tarzı yönetimi, hastalık tarama ve yönetim programları gibi bu hizmetler, hastanın geleneksel durumunu değerlendirmek için bir fırsat sunar ve daha uygun sağlık maliyetleri ile klinik ve insancıl sonuçlar da dahil olmak üzere artan farmasötik bakım ile ilişkilendirilmiştir [17-19].

Eczacılık hizmetlerinin gelişimiyle birlikte, bazı ülkelerde eczacılar reçete yazma yetkisi kazanmıştır. Dünyadaki toplum eczacı uygulamaları bölümünde bu uygulamaya geçen ülkelere yer verilmiştir. Literatürde eczacılar için farklı reçete yazma modelleri tanımlanmıştır. Şekil 1'de gösterildiği üzere eczacı reçete yazma türleri bağımlı, bağımsız, işbirlikçi ve ortak olarak sınıflandırılmaktadır. Eczacıların ilaç reçeteleme konusunda en fazla özerk olduğu bağımsız reçetelemedir ve bu reçeteleme türünde eczacı ve hekim arasında işbirlikçi bir uygulama ilişkisi bulunmaktadır. Buna göre, hekim hastaya teşhisi koyar ve ilk tedavi kararlarını verirken, eczacı da uygun şekilde tedaviyi seçer, izler, değiştirir, devam ettirir veya sonlandırır. Bağımlı reçete yazma, ilaç reçetesini protokollere veya formüllere göre sınırlandırarak tıbbi olmayan reçete yazan kişiye daha fazla kısıtlama getirmektedir. Bağımlı reçete yazmanın protokole göre reçete yazma, formüle göre reçete yazma, tekrarlı reçete yazma ve tamamlayıcı reçete yazma gibi farklı türleri bulunmaktadır. Protokolle reçete yazmada, yazılı bir kılavuz, tıbbi olmayan profesyoneller tarafından gerçekleştirilebilecek faaliyetleri açık ve ayrıntılı bir şekilde açıklar. Protokol, uygulayıcının reçete edebileceği hastalıkların ve ilaç sınıflarının sınırlı bir listesini içerir. Protokol ayrıca ilaçları önerilen dozlarla birlikte tercihli sıraya göre listeleyebilir ve doz değişikliğinin ne zaman düşünülmesi gerektiğine ilişkin öneriler sunabilir. Ayrıntılı protokoller ayrıca hasta için yapılması gereken laboratuvar testleri veya tanısal testler gibi ek klinik bilgileri de içerir. Formüller reçetelemede, tıbbi olmayan reçete yazanlar, belirli tıbbi durumlar için önceden tanımlanmış bir ilaç listesinden reçete yazabilmektedir. Bu durumda listede yer almayan ilaçlar reçete edilemez. Tekrar reçete yazma, kliniklerdeki eczacıların doktorlarıyla bir sonraki randevularından önce reçeteye devam etmesi gereken hastalara reçete yazdığı bir reçeteleme hizmetidir. Ek reçete yazmada, hekimin ilk değerlendirmeyi üstlendiği ve eczacının, hekimin belgelenmiş bakım planına uygun olarak reçete yazdığı, hekim ve eczacı arasında gönüllü bir ortaklık mevcuttur. Bakım planı, hekim ve hasta tarafından üzerinde anlaşılacak tedavi seçeneklerini açıkça özetlemektedir [20-23].



Şekil 1. Eczacı Reçete Yazma Modellerinin Özerkliği [20]

Eczacılar, sağlık sisteminde yeni roller üstlenmek için gerekli yeterliliklere sahiptir. Geleneksel rolleri olan ilaçların dağıtımının yanı sıra, hasta merkezli sorumluluklar üstlenmek, mesleğin kapsamlı eğitimi ve profesyonelliği ile uyumludur. Eczacıların eğitim gereklilikleri ülkelere göre farklılık gösterse de resmi müfredat eğitiminin toplam süresi genellikle beş veya altı yıl olup, uzmanlaşma için ek iki veya üç yıllık bir süre istenmektedir. Bunun yanı sıra, eczacılara çalışma hakkı verilmeden önce genellikle ulusal veya bölgesel bir sınav yoluyla lisans alınması gerekmektedir. Klinik sağlık hizmetlerine entegre çalışan ve hastalara sundukları sağlık hizmeti karşılığında ödüllendirilen hastane eczacılarına karşılık, toplum eczacıları geleneksel olarak ilaç satış ve dağıtımında birinci basamak sağlık insangücününün geri kalanından ayrı olarak çalışmaktadırlar. Bu kapsamda, toplum eczacılarının sundukları sağlık hizmeti karşılığında ödüllendirilmeyen tek sağlık profesyoneli grubu olduğunu söylemek mümkündür [3]. Toplum eczacılarının birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanılmasının sağlık sistemleri için pek çok faydası bulunmaktadır. Bu faydalara bir sonraki başlıkta yer verilmiştir.

Toplum Eczacıların Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Üstlenebilecekleri Yeni Roller ve Bu Rollerin Sağlık Sistemi ve Hasta Sağlığı Üzerine Faydaları

Toplum eczacıları, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek ve olumsuz olaylardan kaçınarak hastaların sonuçlarını iyileştirme ve bakım maliyetlerini azaltma potansiyeline sahiptir [24]. Eczacılar, hekim ve hemşirelerden sonra nicelik açısından dünyanın üçüncü sağlık profesyoneli grubudur [25]. Toplum eczacıları bazen hastaların sağlık sistemiyle ilk ve tek teması olabilmektedir [26] ve genellikle tüm sağlık profesyonelleri arasında en erişilebilir olarak tanımlanmaktadır [27,28]. Mekânsal yakınlığın sağlık hizmetlerine erişimi ve genel sağlık sonuçlarını iyileştirdiği gösterildiğinden, toplum eczacılarının birinci basamak sağlık hizmetine katkılarını en üst düzeye çıkarmanın evrensel sağlık kapsamına ulaşılmasını önemli ölçüde artıracığı çıkarımı yapılabilir [29-31].

Eczacılar, aşılar, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, sağlık eğitimi, hasta ve ilaç danışmanlığı, ilaç tedavisi uzlaşması, hastalık öz yönetimi eğitimi, taramalar ve acil durumlara hazırlık ve afet yönetiminde müdahale dahil olmak üzere çeşitli yollarla halk sağlığının iyileştirilmesine katkıda bulunmuştur [32,33] ve bulunmaya devam etmektedir. Eczacılar, yetersiz ilaç kullanımı ve yan etkiler nedeniyle ortaya çıkan hastaneye yatışlar ve acil servis ziyaretleri gibi pahalı tedavi biçimlerinin oluşumunu azaltarak sağlık hizmetleriyle ilişkili maliyetlerin düşürülmesine yardımcı olurlar [34].

Bulunabilirlik, erişim, rahatlık ve maliyet temelinde bazı araştırmacılar, küçük rahatsızlıkların tedavisi için toplum eczanelerinin kullanımının, pratisyen hekimlerden randevular gibi daha maliyetli sağlık hizmeti seçeneklerine olan talebi azaltarak sağlık kaynaklarının optimize edilmesine yardımcı olabileceğini ileri sürmüştür [35-37].

Eczacıların hastaneye yatışlar, acil servis başvuruları ve aile hekimine başvuruları azalarak sağlık hizmet kullanımını azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur [38-41]. Birleşik Krallık'ta yapılan bir araştırma, aile hekimliğinin %13, acil servis saatlerinin ise %5'inin toplum eczanesi ortamında

yönetilebilecek küçük rahatsızlıklara harcadığını göstermiştir [42]. Yine sağlık profesyonelleri arasındaki iş birliğinin çalışan memnuniyetini ve daha uygun ilaç kullanımı yoluyla maliyet tasarrufunu artırdığı gösterilmiştir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde eczacı hekim iş birliklerinin; kolesterol düşürme ve kardiyak risk azaltma, kan basıncı kontrolü, diyabet yönetimi, kalp yetmezliği yönetimi, depresyon, ağrı, astım kontrolü ve palyatif bakım açısından başarılı sonuçlar sağladığı bildirilmiştir [43].

Bazı çalışmalar da toplum eczanelerinin hastalığa özgü hizmetler sunması ve bu hizmetlerin erişilebilirliği ve rahatlığı nedeniyle kullanıcılar tarafından da genel olarak olumlu karşılandığını göstermiştir [44-46]. Toplum eczaneleri, hizmetlerini kullanan nüfusun yüksek hacmi nedeniyle sağlığın teşvik ve geliştirilmesi için oldukça uygun ortamlar olarak kabul edilmektedir [47]. Avustralya’da, toplum eczaneleri, nüfusun %90’ından fazlasının her yıl en az bir kez ziyaret etmesiyle en erişilebilir merkezlerdir [48]. Gelişmiş ülkelerde, toplum eczacıları sağlık danışmanları ve genel halk için son derece güvenilir sağlık bilgileri kaynakları olarak tanımlanmıştır [14].

Ebola ve Zika gibi küresel sağlık güvenliği riskleri oluşturan pek çok pandemide ve sağlık krizlerinde olağanüstü roller üstlenen eczacılar sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir [49]. Aynı şekilde COVID-19 pandemisinin önlenmesi, hazır olma durumuna ve müdahalesine katkıda bulunarak toplum eczacıları bu krizle başa çıkmada halk sağlığına yönelik rollerini yerine getirmişlerdir [50]. Pek çok ülkede eczaneler, halka erişimi artırmak ve ilaçların eve teslimini sağlamak için uluslararası insani yardım kuruluşları ve yerel toplum çalışanlarıyla yakın iş birliği içinde çalışmıştır [51-52]. Pandemi ve kriz durumlarında eczacıların sağlık sistemlerine katkılarına dünya genelindeki toplum eczacılığı uygulamaları başlığında ayrıntılı olarak yer verilmiştir. Bu bölümde, toplum eczacılarının birinci basamak sağlık hizmetleri için faydaları açıklanmıştır. Bahsedilen faydalar, toplum eczacılarının sağlık sistemlerinde daha aktif rol alması için önemli argümanlar oluştursa da bu konuda bazı engellerin bulunduğu görülmektedir. Söz konusu engellere bir sonraki başlıkta yer verilmiştir.

Toplum Eczacılarının Birinci Basamak Hizmetlerde Aktif Rol Almasının Önündeki Engeller

Eczacıların kronik hastalık yönetimindeki gelişen rolüne rağmen, sağlık hizmeti profesyoneli olarak yeterince kullanılmadıkları görülmektedir [53]. Bu yetersiz kullanımın birçok sebebi vardır ancak en temel sorun, hastaların eczacıların sahip olduğu becerilerin genişliği konusunda farkındalığının olmamasıdır [54,55].

Eczacılar bazı sağlık hizmetleri kullanıcıları için ilk temas noktası olabilseler de nispeten az kullanılan bir kaynaktırlar ve son sağlık hizmetleri politikalarında neredeyse görünmez konumdadırlar [56-58]. Toplum eczacılarının rolünün genişletilmesi pek çok ülkede önemli bir politika hedefi olsa da bu tür politikaların kanıt temelli kapsamlı bir şekilde değerlendirilmemiştir. Konu ile ilgili pek çok sistematik derleme mevcuttur ancak bunların politika oluşturma açısından yeterli olup olmadığı açık değildir [27].

Diğer sağlık profesyonelleri ile zayıf iş birliğine ve eczacılar tarafından sağlanan çeşitli hizmetlere ilişkin ortak vizyon eksikliğine ek olarak, ücretlendirme eksikliğinin, eczacıların hizmetlerinin yetersiz kullanılmasına önemli bir katkıda bulunduğu tespit edilmiştir [59, 3]. Düşük ve orta gelirli ülkelerde toplum eczacılarının kronik hastalık yönetimi sürecine katkıları konusunda bazı temel engeller bulunmaktadır. Okoro ve Nduaguba [16] bu engelleri şu şekilde sıralamıştır:

- Yasal düzenlemelerin eksikliği,
- Toplum eczacısı sayısının yetersizliği,
- Kronik hastalık yönetimine ilişkin özellikli eğitimin eksikliği veya yetersizliği,
- Hekimlerle iş birliğine dayalı uygulamaların eksikliği,
- Klinik hizmetler için geri ödeme mekanizmalarının eksikliği.

Hastaların toplum eczacılarını birinci basamak sağlık hizmeti sunucularına göre 1,5 ile 10 kat daha sık kullandıkları tahmin edilmektedir [60]. Erişilebilir olmalarına rağmen toplum eczacılarından klinik hizmet sağlama konusunda yeterince yararlanılmadığı görülmektedir. Tıbbi kayıt verilerinin eksikliği ve toplum eczanesi uygulamaları ile reçete yazan aile hekimleri arasındaki koordinasyonsuzluk, toplum ortamında çalışan bir eczacının sağlık sistemi üzerinde anlamlı değişim yaratmasını zorlaştırmaktadır [61].

Dünya Genelinde Toplum Eczacılığı Uygulamaları

Tıbbi olarak yönetilebilen durumlar için, tanıyı genellikle durumu tedavi etmek veya durumla ilişkili semptomları hafifletmek için ilaçların reçete edilmesi takip eder. Geleneksel olarak reçete yazma eylemi hekimlerle ilişkilendirilmiştir. Hekim dışı reçete yazma; reçete yazma haklarının hemşireler, eczacılar, göz doktorları ve podologlar da dahil olmak üzere diğer belirli mesleklere genişletilmesidir. Bu reçete yazma sistemi, başlangıçta hastaların ilaçlara erişimini iyileştirmeye yardımcı olmak ve hekimlerin üzerindeki iş yükünü hafifletmek amacıyla ilaçların reçetelenmesi, temini ve uygulanması konusunda daha esnek bir sistem sağlamak amacıyla uygulanmaya konulmuştur [20,21,62].

Uluslararası pek çok kuruluş ve ulusal düzeyde bazı eczacı birlikleri, eczacılığın geleceği ve eczacıların rolü hakkında vizyon ifadeleri ve stratejik planlar geliştirme sürecindedir. Genel görüş, toplum eczanesi ve eczacılığının geleceği konusunda, her tür ilacın dağıtımını ve tedarikini sürdürürken, ücretli profesyonel hizmetlerin de uygulanması yönündedir. Toplum eczaneleri, hastalar ve tüketiciler için “sağlık merkezi” ve “birincil sağlık hizmeti varış noktası” olarak konumlandırılmıştır [63]. Dünya üzerinde toplum eczanesi profesyonel hizmetleri, farklı hizmet türlerini kapsayacak şekilde tanımlanmaktadır [18].

“Birinci basamak eczacıları” olarak tanımlanan toplum eczacılarının, kronik hastalıkların yönetimi dahil olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulmasına katkıları artık dünya genelinde kabul görmeye başlamıştır [56, 64-67]. Bu hizmetleri, İskoçya’da küçük rahatsızlıkların çözümü, Avustralya ve bazı Avrupa ülkelerinde aşılama ve bağışıklama, Birleşik Krallık’ta hastalık taraması, Kanada, İngiltere, Amerika Birleşik Devletleri ve Avustralya’da birçok türde ilaç incelemesi ve ilaç yönetimi ve pek çok ülkede görüldüğü gibi afet ve salgın müdahaleleri şeklinde özetlemek mümkündür [68-70]. Toplum eczanelerindeki farmasötik hizmetler, gelişmiş ülkelerde sağlık sistemlerinin temel ve bütünleşmiş parçaları haline gelmiştir. Örneğin, Avrupa’da bu tür eczacılık hizmetleri gelişmeye ve pek çok ülkede yayılım göstermeye devam etmektedir [71]. Bununla birlikte, gelişmekte olan ülkelerde ise eczacılık hizmetleri geleneksel anlamdaki ürün odaklı rolünü muhafaza etmektedir [72].

Son yirmi yılda dünyanın çeşitli ülkelerinde tıbbi olmayan reçete yazmaya izin veren mevzuat değişiklikleri meydana gelmiştir [73,74,22]. Eczacıların reçete yazması şu anda Kanada, Yeni Zelanda, Birleşik Krallık ve ABD’de yasaldır [62, 23]. Birleşik Krallık’ta 2003 yılında sınırlı reçete yazma hakkı getirilmiş, bunu 2006 yılında bağımsız reçete yazma takip etmiştir [20,75].

Büyük Britanya’da (İngiltere, İskoçya, Galler) eczacılar birkaç yıldır aile hekimlerinin yanında ileri düzeyde çalışmaktadırlar [76,77]. Yakın zamana kadar toplum eczacılarının ileri düzeyde uygulama yapma yeteneği, ilaç tedarikini teşvik eden toplum eczanesi sözleşmeleri nedeniyle büyük ölçüde sınırlıydı [78]. Bununla birlikte, toplum eczacılarının uygulama kapsamı son on yılda ücretsiz reçete almaya uygun hastaların reçetesiz muayene sonrasında ücretsiz ilaç aldığı, kamu tarafından finanse edilen küçük rahatsızlıklar programlarını (İskoçya’da “Önce Eczane”- “Pharmacy First” in Scotland), yeni ilaç hizmetleri ve ilaç kullanımı incelemelerini kapsayacak şekilde genişlemiştir [79,80]. Toplum eczacıları ayrıca kronik hastalıkları olan hastaları desteklemiş ve acil ve öncelikli sağlık hizmetlerinin yerini başarıyla almıştır [81-85]. İngiltere’de, toplum eczacılarına, halka ve diğer sağlık profesyonellerine kanıta dayalı ve maliyet etkili destek sağlamak için güvenilmektedir [86,87]. İngiltere’de 2020 yılında Aile Hekimliği Toplum Eczacısı Danışma Hizmeti (GP CPCS) başlatılmış ve bu hizmet, bazı kronik koşullara sahip hastaların doğrudan eczaneye yönlendirilmesine olanak tanımıştır [88]. 2020 yılında, eczacıların bağımsız reçete yazma uzmanlığını kullanarak, Pharmacy First kapsamı dışında kalan akut yaygın rahatsızlıkları olan hastalar için Pharmacy First Plus, İskoçya’da hayata geçmiştir [89,90].

Ürdün’de Sağlık Bakanlığı, eczacıların lisanslı olması, Ürdün Eczacı Birliği’ne kayıtlı olması, iyi derecede İngilizce bilmesi ve iyi bir hasta takip ve doğruluk becerilerine sahip olması gereklilikleri ile devletin birinci basamak sağlık merkezlerinde çalışması için eczacılar istihdam etmektedir. Bahsi geçen gereklilikler dışında eczacılardan her türlü tıbbi malzemeyi kullanabilmesi, eczacılık mesleğini icra ederken uluslararası standartları uygulayabilmesi, mesleğin tabi olduğu yönetmelik ve kanunları iyi bilmesi, yerel sivil savunma ve kendi alanlarıyla ilgili teknik kurslara ek olarak kardiyopulmoner

resüsitasyon (CPR) gibi kurslara da katılması, iletişim ve kişilerarası becerilere sahip olması istenmektedir [91,92].

Gelişmiş ülkelerdeki durumun aksine, gelişmekte olan ülkelerdeki eczacılardan hala yeterince yararlanılmadığı görülmektedir. Bu ülkelerde eczacılar sağlık sistemine katkıda bulunmadaki rollerinin tanınması için mücadele etmektedirler [93]. FIP, gelişmekte olan ülkelerde iyi eczacılık uygulamalarının başarılması için Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından tanınan kılavuzları benimsemiştir [14].

Düşük ve orta gelirli ülkeler (LMIC), hastaların konsültasyon için doktor ücretlerini karşılayamadığı durumlarda eczacıların desteğine daha fazla ihtiyaç duymaktadır. Standart bir tedavinin yokluğunda, COVID-19 vakalarını yöneten eczacılar tarafından farmasötik bakım sağlanmasının önemi kat kat artmıştır [51,94]. Bulaşıcı hastalık ve salgın durumlarında eczacılar, hastaları test için uygun sağlık kuruluşuna yönlendirebilir, onları daha hızlı tedavi aramaya teşvik edebilir ve hastalığın yayılmasını sınırlamak için bilgi sağlayabilir [95]. Ancak pandemi gibi halk sağlığı krizleri sırasında eczacıların rolü iyi tanımlanmamıştır [96,97]. Eczacılık uygulamalarının kapsamının son 20 yılda afetler sırasında genişlediği ve lojistiğin ötesine geçtiğini gösteren çalışmalara rağmen, eczacıların önceki sağlık krizlerindeki klinik rolleri yeterince tanınmamıştır [98]. Hastane ve toplum sağlığı hizmetleri arasındaki genel koordinasyon eksikliği, toplum eczacılarının sağlık acil durum müdahalesine entegrasyonu ve bu krizler sırasında klinik hizmetlerin sağlanması konusunda bir zorluk teşkil etmektedir. Bununla birlikte, 2018'de afet sağlığı ve eczacılık alanlarındaki kilit paydaşlardan oluşan uluslararası bir uzman paneliyle yürütülen bir Delphi araştırması, acil durum yönetiminin dört aşamasının (önleme/azaltma, hazırlık, iyileşme, yanıt verilebilirlik) tamamındaki roller de dahil olmak üzere eczacıların afetlerde üstlenebilecekleri 43 rol tanımlamıştır [99,100]. Yine de bu tür kriz durumlarında eczacıların aktif ve planlı olarak kullanılmadığı görülmektedir.

Türkiye'de Toplum Eczacılarının Durumu

Türkiye'de toplum eczacılarının durumuna değinmeden önce ülkenin sağlık sistemiyle ilgili bazı güncel bilgileri aktarmanın faydalı olacağı düşünülmüştür. Türkiye 85.279.553 nüfusa sahip bir ülkedir. Toplam nüfusun %9.9'unu 65 yaş ve üzeri nüfus oluşturmaktadır [101]. Türkiye mevcut nüfusuyla, nüfus büyüklüğüne göre sıralamada 194 ülke arasında 18. sırada yerini almıştır [102]. Doğuşta beklenen yaşam süresi erkeklerde 75 yıl, kadınlarda ise 80.5 yıldır [102]. Toplam sağlık harcaması gayrisafi yurtiçi hasılanın (GSYH) %4.9'unu oluşturmaktadır [103]. Pek çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki gibi Türkiye sağlık sistemi de kronik hastalıklardaki artış, yaşlanan nüfus, sağlık insangücünün feminize olması, artan uzmanlaşma, artan sağlık hizmetleri maliyetleri, artan hasta beklentileri, sağlık kaygısı ile ilgili bir dizi zorlukla karşı karşıyadır. Bahsi geçen faktörlerle sağlık sisteminin üzerindeki baskı da artmaya devam etmektedir.

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'na göre sağlık hizmetleri kamu malı niteliğinde olup, bu hizmetlerin sunumu devletin görevlerinden biridir ve sağlık hizmetlerinden Sağlık Bakanlığı sorumludur. Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu, yarı kamu, özel ve kâr amacı gütmeyen vakıf kuruluşlarıyla sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansmanında ise karma sistem benimsenmiştir. Finansman vergiler, sosyal güvenlik primleri, özel sigorta primleri ve cepten ödemelerle karşılanmaktadır [104,105].

Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar başta aile hekimlikleri olmak üzere, verem savaş dispanserleri, ÇEKÜS (çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı) birimleri, toplum sağlığı merkezleri, özel poliklinikler ve E2-E3 entegre ilçe hastaneleridir. Toplum eczaneleri de 2019 yılından itibaren Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlar arasında kabul edilmektedir [106]. Türkiye'de aile hekimliği birimi başına düşen ortalama nüfus, 2021 verilerine göre 3.145 olarak bildirilmiştir [107]. Yine aynı yıl verilerine göre birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki hekimlere toplam müracaat sayısı 245.525.320'dir. Kişi başına düşen birinci basamak hekimlerine düşen müracaat sayısı ise 2.9'dur.

Türkiye'de toplam eczacı sayısı 37.211'dir. Yıllara göre 100000 kişiye düşen eczacı sayısı 2017 yılından sonra artış göstermeye başlayarak 2021 yılında 43.9'a kadar yükselmiştir [107]. Yine de Türkiye'nin bu oranlarla AB (89) ve OECD (85) ortalamalarının çok altında olduğu görülmektedir. Türkiye'de toplum eczanelerinde çalışan kayıtlı eczacı sayısı 31.935'tir. Toplum eczanesi sayısı ise 28.692'dir [9].

Türkiye'deki toplum eczaneleri özel kuruluşlardır ve yasa gereğince eczacıların yönetimi ve mülkiyetinde olmaları gerekmektedir. Yönetmelik bir eczacının yalnızca bir eczaneye sahip olmasına ve/veya işletmesine izin vermektedir. Tüm eczane sahipleri ve yöneticiler bölgesel eczacılar kuruluna kayıtlı olmalıdır. Bölge kurullarının tamamı Türk Eczacılar Birliği'nin (TEB) çatısı altındadır [108].

Türkiye'de toplum eczacılarının birinci basamak sağlık hizmetlerinde bazı ülkelerdeki gibi resmi sorumluluk ve aktif rol sahibi oldukları bir politik müdahale henüz mevcut değildir. Yalnızca TEB tarafından 2015 yılında pilot uygulama ile, 2016 yılında ise ülke genelinde yaygınlaştırılan kronik hastalıklarda eczacılık hizmetlerine yönelik mesleki gelişim programı olan Rehber Eczanem programı toplum eczacılarının gönüllü katılımlarıyla sürdürülmektedir. Bunun yanı sıra 2019 yılında TEB tarafından yaşlı hastalara yönelik tedavi uyumunu destekleyen bir mesleki gelişim programı yürütülmüştür. Bu çalışma sonucunda yaşlı hastaların tedavi uyum problemlerine yönelik sunulan farmasötik bakım hizmeti sonucunda yaşlı hastaların tedaviye uyum oranlarının arttığı görülmüştür [9, 109]. Bahsi geçen bu programlar ve diğer ülkelerde yer alan uygulamaların sonuçları değerlendirilerek ilerleyen dönemlerde Türkiye'de de birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda düzenlemelerin yapılması mümkün olabilir. Konuyla ilgili neler yapılabileceğine ilişkin sonuç ve öneriler bölümünde yer verilmiştir.

SONUÇ VE TARTIŞMA

Eczacıların ilaçla tedavi hakkındaki eşsiz bilgileri ve sağlık hizmetlerinde sunabilecekleri katkılar ve yeni hizmetler konusunda artan farkındalık sonucu, bazı ülkeler son yıllarda koordineli sağlık hizmeti sunumunu kolaylaştırmak için toplum eczacılarının rollerini genişleten politikalar uygulamaya başlamışlardır. Bu reformlar, odak noktaları ve kapsamaları açısından farklılık gösterse de birinci basamak sağlık hizmeti uzmanlarının eczacılardan yararlanma amaçları açısından benzerlik göstermektedir. Sağlık profesyonellerinin rollerini, hedeflerini ve teşviklerini uyumlu hale getirme ve toplum eczacıları için genişletilmiş bir rol tasarlamak için sistem genelinde bir politika gündemine ihtiyaç bulunmaktadır. Bu tür yaklaşımlar, yavaş yavaş da olsa ortaya çıkmaya başlamıştır.

Toplum eczacılarının birinci basamak sağlık hizmetleri sürecine entegre edilmesine yönelik Türkiye'de uygun politik reform ortamının hazırlanması ve yasal zeminin oluşturulması gerekmektedir. Bu çalışmada daha önce de belirtildiği üzere, toplum eczacılarının birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin pek çok konudaki desteğine ihtiyaç bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ülke genelinde etkili bir şekilde yürütülebilmesi için, toplum eczacılarının bireylere etkili, kullanışlı ve kolay erişilebilir hizmetler sunma potansiyeline sahip olduğu unutulmamalıdır. Yine bu sayede, birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin reçete yazımı, sağlık kuruluşuna yeniden başvuru veya yeniden yatış gibi iş tekrarlarının azaltılmasına, daha geniş çerçevede sağlık ve sosyal bakım sistemleri üzerindeki baskının hafifletilmesine ve halk sağlığının temel motivasyonu olan herkes için sağlık konusuna yeniden odaklanılmasına yardımcı olacağı göz önünde bulundurulmalıdır.

Toplum eczacıları ve hekimler geleneksel olarak birbirlerinden izole bir şekilde çalışsalar da birçok çalışma her iki sağlık profesyoneli arasındaki iş birliğinin artmasının ilaç yönetimini iyileştirebileceğini ve bunun da olumlu hasta sağlığı sonuçlarına yol açabileceğini ortaya koymuştur. Pratisyen hekimler ve eczacılar arasında daha fazla iş birliğinin hasta bakımını iyileştirebileceğine dair kanıtlar artmaktadır. Türkiye'de eczacıların reçete yazma hakkını üstlenmesi durumunda hekimler ve eczacılar arasında yakın iş birliği ve iletişim ortamının olduğu bir koordinasyon sağlanmalıdır.

Toplum eczacılarının koruyucu ve önleyici hizmetlerin sunulması sürecinde aktif hale gelmeleri için Türkiye'nin mevcut konjonktürde henüz hazır olmadığı görülmektedir. Bu kapsamda, öncelikle politik aktörlerin toplum eczacılarının kullanılmayan potansiyeline ilişkin farkındalık düzeylerinin artması sağlanmalıdır. Politik olarak gerekli motivasyon oluştuktan sonra, toplum eczacılığı uygulamasının hukuki kapsamının genişletilmesi yönünde adımlar atılmalıdır. Bunun yanı sıra toplum eczacıları birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre etmek için sunulan hizmetler kapsamında geri ödeme mekanizmasının oluşturulması gerekmektedir. Son olarak, nüfusun sağlık ihtiyaçları doğrultusunda birinci basamak sağlık hizmetlerine, koruyucu ve önleyici sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların artırılmasına odaklanılmalıdır.

YAZAR KATKILARI

Kavram: N.K.; Tasarım: N.K.; Denetim: N.K.; Kaynaklar: N.K.; Malzemeler: N.K.; Veri Toplama ve/veya İşleme: N.K.; Analiz ve/veya Yorumlama: N.K.; Literatür Taraması: N.K.; Makalenin Yazılması: N.K.; Kritik İnceleme: N.K.; Diğer: -

ÇIKAR ÇATIŞMASI BEYANI

Yazar bu makale için gerçek, potansiyel veya algılanan çıkar çatışması olmadığını beyan eder.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization Web site. (2016). Retrieved May 19, 2016, from https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/. Erişim tarihi: 26.08.2023.
2. Ramos, H., Pardo, J., Sánchez, R., Puchades, E., Pérez-Tur, J., Navarro, A., Moreno, L. (2021). Pharmacist-physician interprofessional collaboration to promote early detection of cognitive impairment: increasing diagnosis rate. *Frontiers in Pharmacology*, 12, 579489. [CrossRef]
3. Mossialos, E., Courtin, E., Naci, H., Benrimoj, S., Bouvy, M., Farris, K., Noyce, P., Sketris, I. (2015). From “retailers” to health care providers: transforming the role of community pharmacists in chronic disease management. *Health Policy*, 119(5), 628-639. [CrossRef]
4. Worley, M.M., Schommer, J.C., Brown, L.M., Hadsall, R.S., Ranelli, P.L., Stratton, T.P., Uden, D.L. (2007). Pharmacists' and patients' roles in the pharmacist-patient relationship: are pharmacists and patients reading from the same relationship script? *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 3(1), 47-69. [CrossRef]
5. Hepler, C.D., Strand, L.M. (1990). Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47(3), 533-543. [CrossRef]
6. FIP (2021). Serbest eczacılığa genel bir bakış. İlaçların serbest eczaneler ve diğer noktalar aracılığıyla dağıtımının hukuki çerçevesi, uygulama kapsamı ve ücretlendirilmesi, from https://dergi.tebeczane.net/public_html/kitaplar/serbesteczaciligagenel/html5/index.html?&locale=TRK. Erişim tarihi: 25.08.2023.
7. Nkansah, N., Mostovetsky, O., Yu, C., Chheng, T., Beney, J., Bond, C.M., Bero, L. (2010). Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. [CrossRef]
8. Nussbaumer-Streit, B., Mayr, V., Dobrescu, A.I., Chapman, A., Persad, E., Klerings, I., Wagner, G., Siebert, U., Christof, C., Zachariah, C., Gartlehner, G. (2020). Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID-19: A rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, 1-78. [CrossRef]
9. TEB (2022). Sağlıkta Yol Açan Eczacılık, Türk Eczacıları Birliği Yayınları, Ankara, p.51.
10. Eades, C.E., Ferguson, J.S., O'Carroll, R.E. (2011). Public health in community pharmacy: A systematic review of pharmacist and consumer views. *BMC Public Health*, 11, 1-13. [CrossRef]
11. The Pharmacy Guild of Australia Web site. (2010). Retrieved February, 2010, from https://www.guild.org.au/__data/assets/pdf_file/0026/4769/here-.pdf. Erişim tarihi: 25.08.2023.
12. Clark, A., Roughhead, L. (2012). Pharmacist perspectives on managing older patients with multiple chronic conditions. *Australian Pharmacist*, 31(2), 148-153.
13. Lamberts, E.J., Bouvy, M.L., van Hulten, R.P. (2010). The role of the community pharmacist in fulfilling information needs of patients starting oral antidiabetics. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 6(4), 354-364. [CrossRef]
14. Awad, A., Abahussain, E. (2010). Health promotion and education activities of community pharmacists in Kuwait. *Pharmacy World & Science*, 32, 146-153. [CrossRef]
15. FIP Web site. (2005). Retrieved September, 2003, from <https://www.fip.org/file/1468>. Erişim tarihi: 27.08.2023.
16. Okoro, R.N., Nduaguba, S.O. (2021). Community pharmacists on the frontline in the chronic disease management: The need for primary healthcare policy reforms in low and middle income countries. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 2, 100011. [CrossRef]
17. Chukwu, O.A. (2020). Beyond medicines provision: community pharmacists roles in meeting patient needs through value-added pharmacy services. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 11(3), 299-301. [CrossRef]

18. Moullin, J.C., Sabater-Hernández, D., Fernandez-Llimos, F., Benrimoj, S.I. (2013). Defining professional pharmacy services in community pharmacy. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(6), 989-995. [\[CrossRef\]](#)
19. Malone, D.C., Rascati, K.L., Gagnon, J.P. (1993). Consumers' evaluation of value-added pharmacy services. *American Pharmacy*, 33(3), 48-56. [\[CrossRef\]](#)
20. Poh, E.W., McArthur, A., Stephenson, M., Roughead, E.E. (2018). Effects of pharmacist prescribing on patient outcomes in the hospital setting: a systematic review. *JBIC Evidence Synthesis*, 16(9), 1823-1873. [\[CrossRef\]](#)
21. Hoti, K., Hughes, J., Sunderland, B. (2011). An expanded prescribing role for pharmacists-an Australian perspective. *The Australasian Medical Journal*, 4(4), 236-242. [\[CrossRef\]](#)
22. Nissen, L., Kyle, G., Stowasser, D.A., Lum, E., Jones, A., McLean, C. (2010). Non-medical prescribing. Australian Health Workforce Institute, Collaboration National Health Workforce, Retrieved June 1, 2010, from <http://www.ahwo.gov.au/documents/NHWT/Non%20Medical%20Prescribing%20Final%20Report.pdf>.
23. Emmerton, L., Marriott, J., Bessell, T., Nissen, L., Dean, L. (2005). Pharmacists and prescribing rights: Review of international developments. *Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences*, 8(2), 217-225.
24. Smith, M., Giuliano, M.R., Starkowski, M.P. (2011). In Connecticut: Improving patient medication management in primary care. *Health Affairs*, 30(4), 646-654. [\[CrossRef\]](#)
25. FIP (2012). Human resources the 2012 FIP global pharmacy workforce report, from <https://www.fip.org/static/fipeducation/2012/FIP-Workforce-Report-2012/pages/7-fip-workforce-report-2012.html> Erişim tarihi: 25.08.2023.
26. Habeeb Ibrahim, A.R., Jose, D., Jegan, R.S. (2012). Pharmacists in the wider public health workforce-a review. *Archives of Pharmacy Practice*, 3(2), 166-169.
27. Mossialos, E., Naci, H., Courtin, E. (2013). Expanding the role of community pharmacists: policymaking in the absence of policy-relevant evidence? *Health Policy*, 111(2), 135-148.
28. Bush, J., Langley, C.A., Wilson, K.A. (2009). The corporatization of community pharmacy: implications for service provision, the public health function, and pharmacy's claims to professional status in the United Kingdom. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 5(4), 305-318. [\[CrossRef\]](#)
29. Ihekoronye, M.R., Osemene, K.P. (2022). Evaluation of the participation of community pharmacists in primary healthcare services in Nigeria: A mixed-method survey. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(6), 829-839. [\[CrossRef\]](#)
30. Veillard, J., Cowling, K., Bitton, A., Ratcliffe, H., Kimball, M., Barkley, S., Mercereau, L., Wong, E., Taylor, C., Hirschhorn, L.R., Wang, H. (2017). Better measurement for performance improvement in Low- and Middle-Income countries: the primary health care performance Initiative (PHCPI) experience of conceptual framework development and indicator selection. *The Milbank Quarterly*, 95(4), 836-883. [\[CrossRef\]](#)
31. Law, M.R., Dijkstra, A., Douillard, J.A., Morgan, S.G. (2011). Geographic accessibility of community pharmacies in Ontario. *Healthcare Policy*, 6(3), 36. [\[CrossRef\]](#)
32. Hedima, E.W., Adeyemi, M.S., Ikunaiye, N.Y. (2021). WITHDRAWN: Community pharmacists: On the frontline of health service against COVID-19 in LMICs. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(1), 1964-1966. [\[CrossRef\]](#)
33. Aruru, M., Truong, H.A., Clark, S. (2020). Pharmacy emergency preparedness and response (PEPR) Framework for expanding pharmacy professionals' roles and contributions to emergency preparedness and response during the COVID-19 pandemic and beyond. *Research in Social & Administrative Pharmacy*, 2, 1967-1977. [\[CrossRef\]](#)
34. Dalton, K., Byrne, S. (2017). Role of the pharmacist in reducing healthcare costs: Current insights. *Integrated Pharmacy Research and Practice*, 6, 37-46. [\[CrossRef\]](#)
35. Smith, F. (2009). Private local pharmacies in low-and middle-income countries: A review of interventions to enhance their role in public health. *Tropical Medicine & International Health*, 14(3), 362-372. [\[CrossRef\]](#)
36. Dyfrig, H., Susan, M., Longo, M., Lises, C. (2008). Investigating factors influencing user choices to visit either general practitioners or community pharmacists in the management of minor ailments-piloting a discrete choice experiment. *Pharmacy Practice Research Trust*, Retrieved March, 2008, from http://pharmacyresearchuk.org/wp-content/uploads/2012/11/Investigating_factors_influencing_user_choices.pdf.
37. Smith, J., Rao, M. (2005). Choosing health through pharmacy: A programme for pharmaceutical public health. *Scientific Research*, 2(9), 04012.
38. Petkova, V.B. (2009). Education for arthritis patients: A community pharmacy based pilot project. *Pharmacy Practice*, 7(2), 88. [\[CrossRef\]](#)

39. Petkova, V.B. (2008). Pharmaceutical care for asthma patients: A community pharmacy-based pilot project. In *Allergy & Asthma Proceedings*, 29(1), 55-61. [\[CrossRef\]](#)
40. Abdelhamid, E., Awad, A., Gismallah, A. (2008). Evaluation of a hospital pharmacy-based pharmaceutical care services for asthma patients. *Pharmacy Practice*, 6(1), 25-32. [\[CrossRef\]](#)
41. Ebid, A.H.I., Abdel-Wahab, E. (2006). Bronchial asthma and COPD: Impact of pharmaceutical care on outcomes and quality of life in Egyptian patients. *Bulletin of Pharmaceutical Sciences. Assiut*, 29(1), 167-185. [\[CrossRef\]](#)
42. Fielding, S., Porteous, T., Ferguson, J., Maskrey, V., Blyth, A., Paudyal, V., Barton, G., Holland, R., Bond, C.M., Watson, M.C. (2015). Estimating the burden of minor ailment consultations in general practices and emergency departments through retrospective review of routine data in North East Scotland. *Family Practice*, 32(2), 165-172. [\[CrossRef\]](#)
43. Dey, R.M., de Vries, M.J., Bosnic-Anticevich, S. (2011). Collaboration in chronic care: Unpacking the relationship of pharmacists and general medical practitioners in primary care. *International Journal of Pharmacy Practice*, 19(1), 21-29. [\[CrossRef\]](#)
44. McMillan, S.S., Wheeler, A.J., Sav, A., King, M.A., Whitty, J.A., Kendall, E., Kelly, F. (2013). Community pharmacy in Australia: A health hub destination of the future. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 9(6), 863-875. [\[CrossRef\]](#)
45. Taylor, J., Krska, J., Mackridge, A. (2012). A community pharmacy-based cardiovascular screening service: Views of service users and the public. *International Journal of Pharmacy Practice*, 20(5), 277-284. [\[CrossRef\]](#)
46. Anderson, C., Blenkinsopp, A., Armstrong, M. (2004). Feedback from community pharmacy users on the contribution of community pharmacy to improving the public's health: A systematic review of the peer reviewed and non-peer reviewed literature 1990-2002. *Health Expectations*, 7(3), 191-202. [\[CrossRef\]](#)
47. Jackson, J.K., Sweidan, M., Spinks, J.M., Snell, B., Duncan, G.J. (2004). Public health-recognising the role of Australian pharmacists. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 34, 290-292.
48. Benrimoj, S.I., Frommer, M.S. (2004). Community pharmacy in Australia. *Australian Health Review*, 28(2), 238-246.
49. Rutter, V., Chan, A.H.Y., Tuck, C., Bader, L., Babar, Z.U.D., Bates, I. (2018). Weaving the health and pharmaceutical care agenda through the themes of the commonwealth heads of government meeting (CHOGM), London 2018. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 11(1), 1-4. [\[CrossRef\]](#)
50. Al-Quteimat, O.M., Amer, A.M. (2021). SARS-CoV-2 outbreak: How can pharmacists help? *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(2), 480-482. [\[CrossRef\]](#)
51. Bukhari, N., Rasheed, H., Nayyer, B., Babar, Z.U.D. (2020). Pharmacists at the frontline beating the COVID-19 pandemic. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 13(1), 1-4. [\[CrossRef\]](#)
52. Zheng, S.Q., Yang, L., Zhou, P.X., Li, H.B., Liu, F., Zhao, R.S. (2021). Recommendations and guidance for providing pharmaceutical care services during COVID-19 pandemic: A China perspective. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(1), 1819-1824. [\[CrossRef\]](#)
53. Um, I.S., Armour, C., Krass, I., Gill, T., Char, B.B. (2014). Consumer perspectives about weight management services in a community pharmacy setting in NSW, Australia. *Health Expectations*, 17(4), 579-592. [\[CrossRef\]](#)
54. Perepelkin, J. (2011). Public opinion of pharmacists and pharmacist prescribing. *Canadian Pharmacists Journal/Revue des Pharmaciens du Canada*, 144(2), 86-93.
55. Peterson, G.M., Jackson, S.L., Hughes, J.D., Fitzmaurice, K.D., Murphy, L.E. (2010). Public perceptions of the role of Australian pharmacists in cardiovascular disease. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 35(6), 671-677. [\[CrossRef\]](#)
56. Ilardo, M.L., Speciale, A. (2020). The community pharmacist: Perceived barriers and patient-centered care communication. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(2), 536. [\[CrossRef\]](#)
57. Dolovich, L., Austin, Z., Waite, N., Chang, F., Farrell, B., Grindrod, K., Sproule, B. (2019). Pharmacy in the 21st century: Enhancing the impact of the profession of pharmacy on people's lives in the context of health care trends, evidence and policies. *Canadian Pharmacists Journal/Revue Des Pharmaciens Du Canada*, 152(1), 45-53. [\[CrossRef\]](#)
58. Bell, J., Dziekan, G., Pollack, C., Mahachai, V. (2016). Self-care in the twenty first century: A vital role for the pharmacist. *Advances in Therapy*, 33, 1691-1703. [\[CrossRef\]](#)
59. Hughes, C.A., Breault, R.R., Hicks, D., Schindel, T.J. (2017). Positioning pharmacists' roles in primary health care: A discourse analysis of the compensation plan in Alberta, Canada. *BMC Health Services Research*, 17, 1-12. [\[CrossRef\]](#)

60. Tsuyuki, R.T., Beahm, N.P., Okada, H., Al Hamarneh, Y.N. (2018). Pharmacists as accessible primary health care providers: Review of the evidence. *Canadian Pharmacists Journal/Revue des Pharmaciens du Canada*, 151(1), 4-5. [CrossRef]
61. Snyder, J.M., Ahmed-Sarwar, N., Gardiner, C., Burke, E.S. (2020). Community pharmacist collaboration with a primary care clinic to improve diabetes care. *Journal of the American Pharmacists Association*, 60(3), 84-90. [CrossRef]
62. Tonna, A.P., Stewart, D., West, B., McCaig, D. (2007). Pharmacist prescribing in the UK-a literature review of current practice and research. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 32(6), 545-556. [CrossRef]
63. FIP Vision and mission Web site. (2020). Retrieved August 3, 2023, from <https://www.fip.org/vision-mission>. Erişim Tarihi: 27.08.2023.
64. Schindel, T.J., Breault, R.R., Hughes, C.A. (2019). "It made a difference to me": A comparative case study of community pharmacists' care planning services in primary health care. *Pharmacy*, 7(3), 90. [CrossRef]
65. Hindi, A.M., Schafheutle, E.I., Jacobs, S. (2019). Community pharmacy integration within the primary care pathway for people with long-term conditions: a focus group study of patients', pharmacists' and GPs' experiences and expectations. *BMC Family Practice*, 20(1), 1-15. [CrossRef]
66. Policarpo, V., Romano, S., António, J.H., Correia, T.S., Costa, S. (2019). A new model for pharmacies? Insights from a quantitative study regarding the public's perceptions. *BMC Health Services Research*, 19, 1-11. [CrossRef]
67. Feehan, M., Walsh, M., Godin, J., Sundwall, D., Munger, M.A. (2017). Patient preferences for healthcare delivery through community pharmacy settings in the USA: A discrete choice study. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 42(6), 738-749. [CrossRef]
68. Benrimoj, S.I., Fernandez-Llimos, F. (2020). An international series on the integration of community pharmacy in primary health care. *Pharmacy Practice (Granada)*, 18(1), 1878. [CrossRef]
69. Yuan, C., Ding, Y., Zhou, K., Huang, Y., Xi, X. (2019). Clinical outcomes of community pharmacy services: A systematic review and meta-analysis. *Health & Social Care in the Community*, 27(5), e567-e587.
70. Durham, M.J., Goad, J.A., Neinstein, L.S., Lou, M. (2011). A comparison of pharmacist travel-health specialists' versus primary care providers' recommendations for travel-related medications, vaccinations, and patient compliance in a college health setting. *Journal of Travel Medicine*, 18(1), 20-25. [CrossRef]
71. Costa, F.A., Scullin, C., Al-Taani, G., Hawwa, A.F., Anderson, C., Bezverhni, Z., Westerlund, T. (2017). Provision of pharmaceutical care by community pharmacists across Europe: Is it developing and spreading? *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 23(6), 1336-1347. [CrossRef]
72. Eldooma, I., Maatoug, M., Yousif, M. (2023). Pharmaceutical care within community pharmacies: Tools availability and pharmacists' views, Wad-Medani, Sudan. *Integrated Pharmacy Research and Practice*, 12, 37-47. [CrossRef]
73. Heath Workforce Australia (2013). Health professionals prescribing pathway (HPPP) project-final report. From <http://www.hwa.gov.au/sites/uploads/HPPP-Final-Report-November-2013.pdf>. Erişim Tarihi: 26.08.2023.
74. Bhanbhro, S., Drennan, V.M., Grant, R., Harris, R. (2011). Assessing the contribution of prescribing in primary care by nurses and professionals allied to medicine: A systematic review of literature. *BMC Health Services Research*, 11(1), 1-10. [CrossRef]
75. Stewart, D. (2009). Pharmacist prescribing: A view from the UK. *Journal of Pharmacy Practice and Research*, 39(1), 7-10.
76. Mann, C., Anderson, C., Avery, A.J., Waring, J., Boyd, M.J. (2018). Clinical pharmacists in general practice pilot scheme: Independent Evaluation Report, from <https://www.nottingham.ac.uk/pharmacy/documents/generalpracticeyearfwdrev/clinical-pharmacists-in-general-practice-pilot-scheme-exec-summary.pdf>. Erişim Tarihi: 26.08.2023.
77. Bradley, F., Seston, E., Mannall, C., Cutts, C. (2018). Evolution of the general practice pharmacist's role in England: a longitudinal study. *British Journal of General Practice*, 68(675), 727-734. [CrossRef]
78. Hann, M., Schafheutle, E.I., Bradley, F., Elvey, R., Wagner, A., Halsall, D., Hassell, K., Jacobs, S. (2017). Organisational and extraorganisational determinants of volume of service delivery by English community pharmacies: a cross-sectional survey and secondary data analysis. *BMJ Open*, 7(10), e017843. [CrossRef]
79. Elliott, R.A., Boyd, M.J., Salema, N.E., Davies, J., Barber, N., Mehta, R.L., Craig, C. (2016). Supporting adherence for people starting a new medication for a long-term condition through community pharmacies: A pragmatic randomised controlled trial of the New Medicine Service. *BMJ Quality & Safety*, 25(10), 747-758. [CrossRef]

80. Paudyal, V., Watson, M.C., Sach, T., Porteous, T., Bond, C.M., Wright, D.J., Cleland, J., Barton, G., Holland, R. (2013). Are pharmacy-based minor ailment schemes a substitute for other service providers? *British Journal of General Practice*, 63(612), 472-481. [CrossRef]
81. Terry, D., Ganasan, S., Aiello, M., Huynh, C., Wilkie, V., Hughes, E. (2021). Pharmacists in advanced clinical practice roles in emergency departments (PARED). *International Journal of Clinical Pharmacy*, 43(6), 1523-1532. [CrossRef]
82. Seston, E.M., Magola, E., Bower, P., Chen, L.C., Jacobs, S., Lewis, P.J., Steinke, D., Willis, S.C., Schafheutle, E.I. (2020). Supporting patients with long-term conditions in the community: Evaluation of the greater Manchester community pharmacy care plan service. *Health & Social Care in the Community*, 28(5), 1671-1687. [CrossRef]
83. Twigg, M.J., Wright, D., Barton, G., Kirkdale, C.L., Thornley, T. (2019). The pharmacy care plan service: Evaluation and estimate of cost-effectiveness. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 15(1), 84-92. [CrossRef]
84. Nichols, J., England, R., Holliday, S., Newton, J.L. (2019). Clinical care pharmacists in urgent care in North East England: A qualitative study of experiences after implementation. *Pharmacy*, 7(3), 114. [CrossRef]
85. Wright, D., Twigg, M., Barton, G., Thornley, T., Kerr, C. (2015). An evaluation of a multi-site community pharmacy-based chronic obstructive pulmonary disease support service. *International Journal of Pharmacy Practice*, 23(1), 36-43. [CrossRef]
86. Crilly, P., Patel, N., Ogunrinde, A., Berko, D., Kayyali, R. (2017). Community pharmacists' involvement in research in the United Kingdom. *Pharmacy*, 5(3), 48. [CrossRef]
87. Roberts, A., Marshall, L., Charlesworth, A. (2012). A decade of austerity? The funding pressures facing the NHS from 2010/11 to 2021/22, from <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/a-decade-of-austerity-the-funding-pressure-facing-the-nhs-from-2010-11-to-2021-22>. Erişim Tarihi: 26.08.2023.
88. NHS England Web site. (2019). From <https://www.england.nhs.uk/primary-care/pharmacy/pharmacy-integration-fund/community-pharmacist-consultation-service/> Erişim Tarihi: 27.08.2023.
89. Seston, E.M., Schafheutle, E.I., Willis, S.C. (2022). "A little bit more looking... listening and feeling" A qualitative interview study exploring advanced clinical practice in primary care and community pharmacy. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 44(2), 1-8. [CrossRef]
90. NHS Pharmacy First Scotland Web site. (2020). From <https://www.npa.co.uk/news-and-events/news-item/nhs-pharmacy-first-plus-scotland-service/>. Erişim Tarihi: 27.08.2023.
91. Bashedi, I.A., Mhaidat, N.M., Al-Qudah, R., Nassar, R., Othman, B. (2020). Primary health care policy and vision for community pharmacy and pharmacists in Jordan. *Pharmacy Practice*, 18(4), 2184. [CrossRef]
92. Ministry of Health Hashemite Kingdom of Jordan We Site (2020). From <https://www.moh.gov.jo/>. Erişim Tarihi: 23.08.2023.
93. Al-Wazaify, M., Matowe, L., Albsoul-Younes, A., Al-Omran, O. (2006). Pharmacy education in Jordan, Saudi Arabia, and Kuwait. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 70(1), 1-18.
94. Song, Z., Hu, Y., Zheng, S., Yang, L., Zhao, R. (2021). Hospital pharmacists' pharmaceutical care for hospitalized patients with COVID-19: Recommendations and guidance from clinical experience. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(1), 2027-2031. [CrossRef]
95. Adunlin, G., Murphy, P.Z., Manis, M. (2021). COVID-19: How can rural community pharmacies respond to the outbreak? *The Journal of Rural Health*, 37(1), 153-155. [CrossRef]
96. Watson, K.E., Van Haften, D., Horon, K., Tsuyuki, R.T. (2020). The evolution of pharmacists' roles in disasters, from logistics to assessing and prescribing. *Canadian Pharmacists Journal/Revue des Pharmaciens du Canada*, 153(3), 129-131. [CrossRef]
97. Watson, K.E., Singleton, J.A., Tippet, V., Nissen, L.M. (2019). Defining pharmacists' roles in disasters: A Delphi study. *PloS One*, 14(12), e0227132. [CrossRef]
98. Miller, S., Patel, N., Vadala, T., Abrons, J., Cerulli, J. (2012). Defining the pharmacist role in the pandemic outbreak of novel H1N1 influenza. *Journal of the American Pharmacists Association*, 52(6), 763-767.
99. Durand, C., Douriez, E., Chappuis, A., Poulain, F., Yazdanpanah, Y., Lariven, S., Peiffer-Smadja, N. (2022). Contributions and challenges of community pharmacists during the COVID-19 pandemic: A qualitative study. *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 15(1), 43. [CrossRef]
100. Wisner, B., Adams, J., World Health Organization. (2002). *Environmental health in emergencies and disasters: a practical guide*. Geneva: World Health Organization.
101. TÜİK Web site. (2022a). Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları. Retrieved Şubat 6, 2023, from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=49685>. Erişim Tarihi: 28.08.2023.
102. TÜİK Web site. (2023). Dünya nüfus günü, 2023. Retrieved Temmuz 6, 2023, from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dunya-Nufus-Gunu-2023-49688>. Erişim Tarihi: 28.08.2023.

103. TÜİK Web site. (2022b). Sağlık harcamaları istatistikleri. Retrieved Aralık 7, 2022, from <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2021-45728>. Erişim Tarihi: 28.08.2023.
104. Daştan, İ., Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
105. Pekten, A. (2006). Genel sağlık sigortası sistemi ve getirdiği yenilikler. *Sayıştay Dergisi*, 61, 119-138.
106. Sağlık Bakanlığı (2019). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 31.05.2019 tarihli, 2019/10 sayılı "Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması" Genelgesi. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
107. Sağlık Bakanlığı (2023). Sağlık istatistikleri yılı 2021. TC Sağlık Bakanlığı: Ankara. <https://www.saglik.gov.tr/Eklenti/45316/0/siy2021-turkcepdf.pdf>. Erişim tarihi: 28.08.2023.
108. Toklu, H., Akici, A., Oktay, Ş., Sanda, C.A.L.İ., Sezen, S., Uysal, M.K. (2010). The pharmacy practice of community pharmacists in Turkey. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 14(1), 53-60.
109. Okuyan, B., Ozcan, V., Balta, E., Durak-Albayrak, O., Turker, M., Sancar, M., Yavuz, B.B., Uner, S., Ozcebe, H. (2021). The impact of community pharmacists on older adults in Turkey. *Journal of the American Pharmacists Association*, 61(6), 83-92. [CrossRef]