

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**DENİZLİ İLİ PAMUKKALE İLÇESİNDEKİ
AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN
YETİŞKİNLERDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI**

UZMANLIK TEZİ

DR. RECEP KILIÇ

**DANIŞMAN
DOÇ.DR. AYSUN ÖZŞAHİN**

DENİZLİ - 2020

**T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**DENİZLİ İLİ PAMUKKALE İLÇESİNDEKİ
AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN
YETİŞKİNLERDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI**

UZMANLIK TEZİ

DR. RECEP KILIÇ

**DANIŞMAN
DOÇ.DR. AYSUN ÖZŞAHİN**

DENİZLİ – 2020

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimimde bilgi ve deneyimlerinden faydalanmamı sağlayan ve tez dönemimde emeğini, desteğini ve sabrını esirgemeyen değerli tez danışmanım Doç. Dr. Aysun Özşahin'e;

Uzmanlık eğitimim boyunca aile hekimliği felsefesini benimsememizde bilgi ve tecrübesiyle desteğini esirgemeyen ve pandemi süresi boyunca bizleri koruyup kollayan Prof. Dr. Tamer Edirne ve Dr. Öğr. Üyesi Nilüfer Emre hocalarımıza;

Tezimin veri toplama aşamasında destek olan Aile Sağlığı Merkezlerinin personellerine ve Denizli İl Sağlık Müdürlüğü'ne;

Eğitimime katkıda bulunan tüm hocalarıma ve Pamukkale Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda beraber çalışma imkânı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma;

Varlıklarıyla bugünlere gelmemde büyük emekleri olan aileme;

Tezimin her aşamasında her açıdan desteğini esirgemeyen ve yanımda olan sevgili eşim Bilge Betül'e;

Ve geçirdiğimiz şu zor günlerde her birini ayrı bir kahraman olarak gördüğüm tüm sağlık çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Recep KILIÇ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	IV
SİMGELER VE KISALTMALAR	VI
TABLolar DİZİNİ.....	VII
ŞEKİLLER DİZİNİ	VIII
ÖZET	IX
ABSTRACT.....	XI
1-GİRİŞ.....	1
2-GENEL BİLGİLER	3
2.1. İLAÇ TANIMI.....	3
2.2. AKILCI İLAÇ KULLANIMI	5
2.2.1 Akılcı İlaç Kullanımının Basamakları ve Akılcı Reçete Yazma Süreci.....	7
2.2.2-Aık Öğeleri.....	10
2.2.3- Akılcı İlaç Kullanımının Akılcılık Ölçütleri	11
2.2.4-Akılcı İlaç Kullanımı İlkeleri	12
2.2.5- Akılcı İlaç Kullanımı Tarafları	14
2.3-TÜRKİYE’DE VE DÜNYADA AKILCI İLAÇ KULLANIMININ GELİŞİMİ.....	18
2.4-AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI (AOİK).....	20
2.4.1-Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Nedenleri	21
2.4.2- Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Sonuçları	23
2.4.3-Akılcı Olmayan İlaç Kullanımında Alınabilecek Önlemler	24
2.5-TÜRKİYE’DE ve DÜNYADA İLAÇ HARCAMALARI	25
2.6-AİLE HEKİMLİĞİ ve AKILCI İLAÇ KULLANIMI.....	30
3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	32
4.BULGULAR.....	36
5.TARTIŞMA.....	53
6.SONUÇ ve ÖNERİLER.....	68
KAYNAKLAR	69

SİMGELER VE KISALTMALAR

DSÖ	:Dünya Sağlık Örgütü
WHO	:World Health Organization
PAÜ	:Pamukkale Üniversitesi
AK	:Akılcı İlaç Kullanımı
AOİK	:Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı
AKÖ	: Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği
ASM	:Aile Sağlığı Merkezi
WONCA	:World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners
SB	:Sağlık Bakanlığı
İEİS	:İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
OECD	:Organisation for Economic Co-operation and Development
GSMH	:Gayri Safi Milli Hasıla
RDU	:Rational Drug Use

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1 .Dünya Genelinde Tedavi Alanına Göre 2018 Yılı Verileri ve 2024 Tahminleri	27
Tablo 2. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özellikleri.....	36
Tablo 3. Araştırma grubundakilerin sağlık durumlarına ve hasta olduklarındaki alışkanlıklarına ilişkin bazı özellikleri	37
Tablo 4. Araştırma grubunun ilaç kullanımına ilişkin bazı özellikleri	38
Tablo 5. Araştırma grubunun ilaç yan etkisi yaşama ile ilgili özellikleri	39
Tablo 6. Araştırma grubunun evde ilaç bulundurma ve saklama ile ilgili özellikleri	40
Tablo 7. Araştırma grubundaki kişilerin Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı	41
Tablo 8. Araştırma grubunun Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği puanı	42
Tablo 9. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre bilgisinin yeterli olma/olmama durumu	43
Tablo 10. Araştırma grubunda kronik hastalık varlığı ve hastalandıklarındaki bazı davranış biçimlerine göre Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek bilgisinin yeterli olma/olmama durumu	44
Tablo 11. Araştırma grubunun ilaç kullanımına ilişkin bazı davranışlarına göre Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek bilgisinin yeterli olma/olmama durumu	45
Tablo 12. Araştırma grubunun ilaç yan etkisi yaşama ile ilgili bazı özelliklerine göre Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği bilgilerinin yeterli olma/olmama durumu	46
Tablo 13. Araştırma grubunun evde ilaç bulundurma ve saklama ile ilgili özelliklerine göre Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek bilgisinin yeterli olma/olmama durumu	47
Tablo 14. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre hekime danışmadan ilaç kullanma durumu.....	48
Tablo 15. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre hekimin önerdiği süreden önce ilaç bırakma durumu	50
Tablo 16. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre hekimin önerdiği dozda ilaç kullanma durumu.....	51

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Dünya İlaç Pazarı.....	26
Şekil 2. Yıllara göre yılda tüketilen ilaçların milyar değerinden kutu sayısı ve milyar TL değerinden tutarı.....	28
Şekil 3. Yıllara göre yılda tüketilen ilaçların milyar kutu değerinde ithal-imal dağılımı	28
Şekil 4. Yıllara göre yılda tüketilen ilaçların milyar TL değerinde ithal-imal dağılımı	29
Şekil 5 Yıllara göre yılda tüketilen ilaçların değer ölçeğinde tedavi grupları	29
Şekil 6. Yıllara göre yılda tüketilen ilaçların kutu ölçeğinde tedavi grupları	30
Şekil 7. Araştırma grubunun Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğine göre bilgisinin yeterli olma/olmama durumu	42

ÖZET

Denizli İli Pamukkale İlçesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Yetişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı

Dr. Recep KILIÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Akılcı ilaç kullanımını(AİK); “Hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli süre boyunca, kendileri ve toplum adına en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünüdür” olarak tanımlamaktadır. Ev ortamında hastanın sağlık çalışanlarının desteği olmadan ilaç kullanması, akılcı olmayan ilaç kullanma ihtimalini artırmaktadır. Bu nedenle hastaların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerini bilmek, akılcı olmayan ilaç kullanımı sonucu oluşan sorunları önlemede önemlidir. Bu araştırmada, aile sağlığı merkezlerine başvuran yetişkinlerin akılcı ilaç kullanımı davranışları, bilgi düzeyleri ve ilişkili etmenlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Tanımlayıcı tipteki bu araştırmanın evrenini Denizli ili Pamukkale ilçesindeki aile sağlığı merkezine(ASM) başvuran yetişkinler oluşturmaktadır. Akılcı ilaç kullanımı prevalansı %50 kabul edilerek, yapılacak olan sapma payı $d=0,5$ olarak alındığında %95 güven düzeyinde çalışmaya 4 aile sağlığı merkezi rastgele olarak dahil edilmiştir. Örneklem büyüklüğü %80 güç, akılcı ilaç kullanımı prevalansı %50 kabul edilerek, yapılacak olan sapma payı $d=0,05$ olarak alındığında %95 güven düzeyinde hesaplanmış ve 384 olarak bulunmuştur. Veri toplama aracı olarak araştırma grubunun sosyodemografik özelliklerini, akılcı ilaç kullanımı davranışlarını sorgulayan 22 soru ve 21 soruluk Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği’ni içeren toplam 43 soruluk anket formu uygulanmıştır. Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği doğru, yanlış, bilmiyorum şeklinde yanıtlanmakta olup en az 0 en fazla 42 puan alınmaktadır. Ölçekten 35 puan ve üzeri alan kişilerin akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi yeterli kabul edilmektedir (Cronbach alpha=0,79).

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS-17 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı, yüzde; sürekli

değişkenler için aritmetik ortalama ve standart sapma ile verilmiş olup kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır.

Araştırmaya 385 kişi katılmıştır. Araştırma grubunun %59,1'i kadındır ve yaş ortalaması $46,63 \pm 16,31$ 'dir. Çalışmaya katılanların %51,3'ünün akılcı ilaç kullanımı bilgisi düzeyinin yeterli olmadığı saptanmıştır. Çalışmamızda ortaokul mezunu ve altı öğrenim düzeyine sahip olmak, 65 yaş ve üstü olmak, gelirin giderinden daha az olması, hekime danışmadan ilaç bırakmak, yakın tavsiyesi ile ilaç/ilaçları kullanmak, hekimin önerdiği süreden önce ilaç bırakmak, hekimin önerdiği dozda ilaç kullanmamak, evde bulunsun diye ilaç yazdırmak, ilacın son kullanma tarihine bakmamak, son kullanma tarihi geçmiş ilaç kullanmak ve ilacın kullanma talimatını okumayıp saklama koşullarına dikkat etmemek akılcı ilaç kullanımı bilgisi açısından risk faktörü olarak bulunmuştur. Doktora danışmadan ilaç kullanma sıklığı ise 24 yaş ve altı olanlarda ve kronik hastalığı olmayanlarda daha sık bulunmuştur. Geliri giderinden az olduğunu belirtenlerde hekimin önerdiği süreden önce ilaç bırakma sıklığı daha fazladır.

Araştırma grubunun yarısından fazlasının akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri yetersizdir. Akılcı ilaç kullanımı açısından topluma yönelik eğitimler planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: akılcı ilaç kullanımı, aile sağlığı merkezi, akılcı olmayan ilaç kullanımı, bilgi düzeyi

ABSTRACT

Rational Drug Use Of Patients Who Apply To The Family Health Center İn Pamukkale, Denizli

Dr. Recep KILIÇ

World Health Organization (WHO), defines the Rational Drug Use (RDU) as "Medicine use is rational (appropriate, proper, correct) when patients receive the appropriate medicines, in doses that meet their own individual requirements, for an adequate period of time, and at the lowest cost both to the mand the community." The use of the drug in the home environment without the support of healthcare professionals increases the probability of using inappropriate drugs from the patients. Therefore, knowing the levels of patients about rational drug use knowledge is important in preventing problems arising from irrational drug use from the patients. In this study, it was aimed to investigate rational drug use behaviors, knowledge levels, and related factors of adults who apply to family health centers.

The universe of this descriptive study is adults who apply to the family health center (FHC) in Pamukkale, Denizli. Assuming the prevalence rate of rational drug use as 50%, the deviation ratio as $d = 0.5$, 4 FHCs were randomly included in the study at a 95% confidence level. The sample size was calculated as 384 while taking power as 80% and the prevalence rate of rational drug use as 50%, and the deviation ratio as $d = 0.05$ with the 95% confidence rate. As a data collection tool, a questionnaire with 43 questions including 22 questions, which questioned the socio-demographic characteristics, rational drug use behaviors of the participants, and 21 questions about the Rational Drug Use Scale were applied. Rational Drug Use Scale can be answered as "true", "false", and "I do not know", and a minimum score of 0 and a maximum of 42 can be obtained. The knowledge level of rational drug use is considered "sufficient" for people who score 35 points or higher (Cronbach alpha = 0.79).

SPSS-17 package program was used to evaluate the data. Descriptive statistics are given as a number, percent for categorical variables; arithmetic means, and standard deviation for continuous variables. A Chi-square test was used to compare categorical variables.

385 people participated in there search. 59.1% of the participants are women. The average age of the participants is 46.63 ± 16.31 . It was determined that the knowledge of the RDU of 51.3% of the participants who participated in the study was not sufficient. In our study, having a secondary school graduation education level or below education levels, being 65 years or older, less income than the expense, discontinuing medication without consulting a doctor, using medication due to the advice from close friends instead of the doctor, discontinuing medication before the recommended period by the doctor, not using medication in the dosage recommended by the doctor, printing, not looking at the expiration date of the drug, using expired medication and not reading the drug's instructions for use and not paying attention to the storage conditions were found as risk factors for rational drug use knowledge. The frequency of using drugs without consulting a doctor was found more frequently in those who are 24 years old and under and for those without chronic disease. Those who state that their income is less than their expenses are more likely to stop taking medication before the time recommended by the doctor. The knowledge level of more than half of the participants about rational drug use is insufficient. Training about rational drug use on society should be planned.

Keywords: rational drug use, family health center, irrational drug use, knowledge level

1-GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), akılcı ilaç kullanımını(AİK); “Hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli süre boyunca, kendileri ve toplum adına en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünüdür” şeklinde tanımlamaktadır (1).

Bu tanımda yer alan maddelerden herhangi birinde veya daha fazlasında yapılan hata ise akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) olarak kabul edilmektedir (2).

İlaçların akılcı olmayan kullanımı, tüm dünyada büyük bir problem oluşturmaktadır. Dünya genelinde tüm ilaçların yarısından fazlası uygunsuz reçetelendirilmekte, dağıtılmakta ve satılmaktadır. Hastaların yaklaşık yarısı ilaçlarını doğru şekilde kullanamamaktadır. Dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri ise önemli ilaçlara erişmekte zorluk çekmektedir. İlaçların doğru olmayan şekilde kullanımı kaynakların boşa harcanmasına ve kötü sağlık sonuçlarının yayılmasına yol açmaktadır (3).

Sağlık Bakanlığı(SB) Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 verilerine göre Türkiye’de genel antibiyotik tüketim miktarı, günde 1.000 Kişi başına 35,3 Tanımlanmış Günlük Doz (Defined Daily Dose (DDD)) ile OECD ülkeleri arasında ikinci sıradadır (4).

AOİK’nin pek çok zararlı sonucu vardır. AOİK sonuçları; ilaç bağımlılığı, gereksiz veya uygunsuz antibiyotik kullanımına bağlı antibiyotik direnci, ilaç yan etkisinde artış, polifarmasi nedeniyle ilaç reaksiyonları, ilaçların uygunsuz doz ve sürede kullanılması nedeniyle hastalıkların tedavisinin uzaması, mortalite ve morbitide artış, ilaçlara erişimin güçlüğü ve ilaçların maliyetinde artıştır (5,6)

AİK’nin sorumlu taraflarını hekimler, eczacılar, ilaç endüstrisi, devlet toplum (hasta) ile çeşitli kurum ve kuruluşlar oluşturmaktadır. Bu nedenle

AOİK sonuçlarından olan ilaçlara karşı direnç gelişimi, tedavi maliyetlerinin yükselmesi gibi durumların gelişimini azaltmak için hastalar ilaç kullanımlarında sorumlu ve bilinçli davranmalıdır (6,7).

AİK'nin sorumlu taraflarından biri olan hastalar, hastanedeki tedavisi düzenlendikten sonra ilaçlarını kendileri kullanmaktadır. Ev ortamında hastanın sağlık çalışanlarının desteği olmadan ilacı kullanması, uygunsuz ilaç kullanma ihtimalini artırmaktadır. Bu nedenle hastaların AİK bilgi düzeylerini bilmek AOİK sonucu oluşan sorunları önlemede önemlidir.

Bu çalışmanın amacı, aile sağlığı merkezlerine başvuran yetişkinlerin AİK davranışları, bilgi düzeyleri ve ilişkili etmenlerin araştırılmasıdır.

2-GENEL BİLGİLER

Tarihin ilk dönemlerinden bu güne kadar insanların hastalıklarla mücadelesinde çeşitli tedavi arayışları olmuştur. İlk dönemlerde insanlar içgüdüsel yöntemlerle acılarından uzaklaşmaya çalışmışken, sonrasında hastalık ile tedavi edici etken arasında biçimsel bir benzerlik arayışında bulunmuştur (sinyatür teorisi). Çeşitli toplumlarda ise insanların gözle görülmeyen hastalık etkenlerinden ve diğer bilinmeyen tehlikelerden korunmak için doğüstü güçlere başvurma gereksinimi ortaya çıkmıştır ve insan bedenine giren hastalık yapıcı etkenlere karşı büyü ile tedavi etmeye çalışmışlardır. Daha sonraları ise geleneklerin, büyüün, mitolojinin vb. konuların yetersiz kaldığı, yaşamı açıklamak için akıl ve mantığın kullanılması gerektiği üzerine temellenen felsefi görüşler ağırlık kazanmaya başlamıştır.

Rönesanstan sonra ortaya çıkan gözlem, hipotez kurmak ve kontrollü deneylerle günümüze kadar uzanan bilimsel tıbbın temelleri atılmıştır. Bilimsel tıbbın gelişim sürecinde hastalıklara çare aranırken bulunan etken maddelerle günümüzdeki ilaçlar ortaya çıkmıştır. Günümüzde ise birçok hastalığın tedavisinde ilaçlar kullanılırken yenileri de bulunmaya devam etmektedir.

2.1. İLAÇ TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilacın tanımını “fiziolojik sistemleri veya patolojik durumları, alıcının yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan ya da kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün” şeklinde tanımlamaktadır. İlaçlar tıpta hastalıkların tedavisinde, hastalıkları önlemede (profilaksi amaçlı), hastalıkların tanılarının konulması aşamasında ve diğer tıbbi amaçlar (gebeliğin önlenmesi vb) gibi çeşitli sebeplerle kullanılmaktadır (8).

1928 yılındaki 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu'nun (İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu, 1928) 1. maddesine

göre ilaç için; "Kodekste muharrer şekil ve formül haricinde ve fenni kaidelere muvafık muayyen ve sabit bir şekilde yapılacak amilinin ismiyle veya hususi bir nam altında ticarete çıkarılan tababette müstamel her nevi basit ve mürekkep devai tertiplere ispençiyari ve tıbbi müstahzarlar ismi verilir" ifadesi yer almıştır(9).

Resmi gazetede ki 10 Şubat 2016 yılında yazan yönetmeliğe göre ise ilaç 'Hastalığı tedavi etmek ve/veya önlemek, bir teşhis yapmak veya bir fizyolojik fonksiyonu düzeltmek, düzenlemek veya değiştirmek amacıyla insana uygulanan doğal ve/veya sentetik kaynaklı etken madde veya maddeler kombinasyonu' şeklinde tanımlanmıştır(10).

Rönesans dönemi aydınlarından Paracelsus (1493-1541), bilim ve felsefe arasında yer alan bir anlayışı temsil ediyordu. "Bütün maddeler zehirdir, zehir olmayan hiçbir madde yoktur. Zehirle devayı (ilacı) birbirinden ayıran onun dozudur" şeklindeki anlayışı ile doz-cevap ilişkisinin önemini vurgulamış ve toksikolojinin önemli konularından birine değinmiştir(11).

Günümüz sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesinde ilaç kullanımı vazgeçilemez bir konumdadır. İnsan olmanın kazandırdığı bir hak olan sağlık ve sağlığa erişmekte eşitlik ilkesinden yola çıkan DSÖ, ilacın ulaşılabilirliğini uzun dönem ilaç politikalarının önemli bir parçası olarak görmektedir(12).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), dünya genelindeki bütün ilaçların yaklaşık % 50'sinin uygun olmayan şekilde reçete edildiğini, dağıtıldığını veya satıldığını belirtirken, hastaların % 50'sinin ise ilaçlarını yeterince alamadığını belirtmektedir(13,14,15).

İlaç kullanımı, birçok hastalığın tedavisinde yeri başka bir yöntemle doldurulamayacak kadar önemli bir uygulamadır. İlaçlar, hastalıklardan kaynaklanan morbidite ve mortaliteyi azaltması açısından sağlık hizmetlerinin çok önemli bir parçasıdır. İlaç kullanımının, doğru kullanıldığında insan hayatına sağladığı faydaların yanı sıra doğru olmayan kullanımında ise insan hayatına çok ciddi zararlar verebileceği görülmüştür. İlaç kullanımının olumsuz etkileri AİK yaklaşımıyla minimum düzeye indirilebilmektedir(16,17).

2.2. AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Tıbben gereksinim duyulan ilaçların karşılanması ve en doğru şekilde kullanımının sağlanması, insan olmanın kazandırdığı temel haklardan biridir. İlaçların ulaşılabilir olması ve en doğru şekilde kullanımının sağlanması insanlar için her ne kadar temel bir hak da olsa maalesef dünyada bu imkanlara ulaşamayan birçok insanın var olduğu bilinmektedir. İlaçların ulaşılabilir olamamasının yanı sıra tüm dünyada tıbbi sebeplerle kullanılan ilaçların yarısından çoğunun akılcı olmayan şekillerde kullanıldığı bilinmektedir. Bu nedenle, sağlık hizmetinin en önemli bileşenlerinden olan ilaçların kullanımı konusunda, daha dikkatli davranılması gerektiği tüm gerçekliğiyle ortadadır(18).

Akılcı İlaç Kullanımı (AİK); DSÖ'nün 1985 yılında Nairobi'de tanımladığı şekliyle; "Hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli süre boyunca, kendileri ve toplum adına en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünüdür." tanımlanmıştır(1).

Dünya Bankası ise akılcı ilaç kullanımını iki temel ilke olarak tanımlamıştır: Bunlardan ilki; etkililik, güvenlik ve uygunluk hakkındaki bilimsel verilere göre ilaçların kullanımı iken ikincisi ise belirli bir sağlık sisteminin kısıtlamaları dahilinde ilaçların uygun maliyetli kullanımınıdır (19).

Tıbbi anlamdaki AİK bakış açısı, hasta ve hasta yakınları için bazen akılcı olarak algılanmayabilir. Hasta ve hasta yakınlarının ilaç kullanımı, kültürel algılardan ve ekonomik koşullardan etkilenen günlük hayatın koşullarına göre şekillenir. AİK bakış açısını anlamak için bu iki bakış açısını değerlendirmek gerekir. Mevcut sınırlı kaynakların nasıl harcanacağına karar verirken bu anlayışla hareket edilmelidir. AİK, tıbbin tedavisel bakış açısı ile sınırlı olmasına rağmen genel anlamda reçete yazan hekimler ile tedaviyi kullanan hasta arasında şekillenecektir(14).

Akılcı Farmakoterapi Adımları

1-Hastanın problemini tanımlamak: Belirtileri değil hastalıkları tedavi etmek gerekir, hastanın gösterdiği belirtilerin asıl sebeplerini çözmek önemlidir.

2- Tedavideki hedefleri belirlemek: Tedavideki hedefimizin hastalığın küratif tedavisi mi ya da hastalığın belirlenen semptomlarının tedavisi mi olup olmadığı belirlenmelidir.

3-Kişisel tedavinin bu hasta için uygun olup olmadığını kontrol etmek: Tedavinin özellikle etkinlik ve güvenlik anlamında hasta için değerlendirilmesidir.

4- Tedaviye başlamak: Tedavinin önemi ve nasıl olacağı açık ve net bir şekilde anlatılmalıdır.

5- Gerekli bilgi, uyarı ve talimatları vermek: Hastanın tedaviye uyumu açısından önemlidir. Anlatılanların anlaşıldığından emin olmak için önemli bilgileri hastanın kendisinin özetlemesini istemek iyi bir fikirdir.

6- Tedaviyi izlemek: Hastanın semptomları devam ederse, tanı, tedavi, tedaviye uyumun ve izleme prosedürünün doğru olup olmadığını düşünmeniz gerekir (20,21,22,23,24).

DSÖ, AOİK'nin tüm dünya için önemli bir sorun olduğunu belirtmiştir. Ulusal politikalar ve yapılacak müdahaleler, ilaçların akılcı kullanımını etkileyebilmektedir. DSÖ yaptığı araştırmalarda, dünya çapında ciddi oranda AOİK olduğunu saptamış ve AİK'nin teşvik edilmesi için ulusal politikaların uygulanmasının yetersiz olduğunu belirlemiştir. DSÖ, ülkelerin tüm ilaçlarının daha uygun kullanımını teşvik etmek veya sağlamak için aşağıdaki ulusal politikaların uygulanmasını tavsiye etmektedir:

-İlaç kullanımına ilişkin politikaların koordinasyonunu sağlamak ve ilaç kullanımının etkilerini izlemek için multidisipliner bir ulusal organ oluşturulması

-İlaçların kullanımı konusunda eğitim sağlamak, denetlemek ve desteklemek için kanıta dayalı klinik kılavuzlar veya standart tedavi kılavuzları oluşturmak

-Temel ilaç listelerinin oluşturulması,

-Çeşitli bölgelerde ve hastanelerde ilaç ve tedavi komiteleri oluşturmak

-Tıp fakültelerinde farmakoloji derslerinde probleme dayalı eğitimin teşvik edilmesi;

-Kurum içi eğitimlerin tüm sağlık personeline yayılması

-Kurumsal anlamda denetim ve geri bildirim sistemlerinin teşvik edilmesi;

-İlaçlar hakkında bağımsız bilgi (karşılaştırmalı veriler de dahil) sağlanması;

- İlaçlar hakkında halkın eğitiminin desteklenmesi;
- Akılcı olmayan reçeteye yol açan usülsüz finansal teşvikleri ortadan kaldırmak;
- Tıbbi tanıtım faaliyetlerinin DSÖ Tıbbi İlaç Tanıtımına İlişkin Etik Kriterler ile uyumlu olmasını sağlamak için uygun düzenlemelerin hazırlanması ve yürürlüğe konulması
- İlaçların adil bir şekilde temin edilebilmesini sağlamak için yeterli devlet harcamaları sağlanmalıdır (13, 14, 25).

AİK'nin, günümüzde bireysel ve toplum sağlığı için öneminin giderek arttığı görülmektedir. Özetle AİK, bir hastalığın profilaksisinde, ilerlemesinin önlenmesinde ve sonuç olarak tedavi edilmesi için doğru ilacın, gereken dozlarda, gereken sürelerde ve uygun maliyetle kullanılmasıdır. AİK, ilaç tedavisinin güvenli, etkinliği yüksek ve uygun maliyetli uygulanmasını sağlayan yürütme ve izleme süreçlerini kapsayan sistematik bir yaklaşımı ifade eder. Bu süreç içerisinde, başta hekim ve eczacılar olmak üzere devletlerin, ilaç sanayisinin, tüm sağlık personelinin ve toplumun akılcı yaklaşması büyük önem taşımaktadır (26).

2.2.1 Akılcı İlaç Kullanımının Basamakları ve Akılcı Reçete Yazma Süreci

AİK konusunda DSÖ somut bir duruş sergilemiş ve herkes tarafından kabul gören bir tanımlamada bulunmuştur. Bu tanım doğrultusunda AİK'nin basamakları şu şekilde sıralanabilir (20,21,26)

- 1- Doğru teşhis konulması
- 2- Uygun ilacın belirlenmesi
- 3- İlacın tedavi başarısının, yan etkilerinin ve hasta uyumunun izlenmesi
- 4- Çoklu ilaç kullanımında, ilaçların birbiriyle etkileşimlerinin izlenmesi
- 5- Planlanan tedavinin maliyeti

Doğru Tanıya Dayanmak

Hastalığa doğru ve erken tanı konulabilmesi, hastalığın tedavisinin doğru ve etkili yapılabilmesi adına büyük önem taşımaktadır. Bu aşamada hasta-hekim iletişimi son derece önemlidir. Hasta-hekim iletişimi başarılı bir şekilde sağlanırsa, hastanın şikayetlerini, öyküsünü değerlendiren ve muayene için ona yeterli zamanı ayırabilen hekim bu bilgileri birleştirip, gerektiğinde

hastaya gerekli tetkikleri uygulayıp doğru tanıya gidebilecektir. Yanlış başlanmış bir tedavinin, doğru tanının tespitini daha çok geciktirebileceği durumlar unutulmamalıdır.

Uygun Tedaviyi Seçmek

Hekimler, “önce zarar verme” kuralını göz önünde bulundurarak; hastalarının klinik tablosuna, muayene bulgularına, tetkik sonuçlarına, hastalığın gidişatı ve nedenlerine yönelik tedavileri seçerler. Uygun tedavi belirlenirken hastanın, mevcut hastalığına ek olarak hastada olabilecek diğer patolojik durumları, fizyolojik değişkenleri (yaş, cinsiyet, kilo vb.) ve günlük hayat şartlarını (çalışma şartları, eğitim durumu, gelir durumu vb.) dikkate alarak tedavi uyumu açısından da değerlendirilmesi gerekmektedir. Tedavinin seçiminde, hastanın özellikleri ve tedaviye uyumunun yanı sıra ilacın farmasötik şekli, uygulama yolu ve metodu ile tedavinin takibindeki özellikler (karaciğer fonksiyon testleri, hemogram vb.), ilacın farmakokinetik ve farmokodinamik özellikleri, ilacın toleransı ve bağımlılık oluşturma durumu, istenmeyen etkilere neden olma olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır. Hekimler tedavi başarılarını sağlamak için etkinlik, güvenlik, uygunluk ve maliyet kriterlerine göre en uygun ilacı kullanmalıdır.

Tedavi Başarısının, Yan Etkilerinin ve Hastanın Uyumunun İzlenmesi

AİK'nin basamaklarından bir diğeri ise uygun ilacın verilmesinden sonra, hastanın tedaviye uyumunun, ortaya çıkabilecek olası istenmeyen etkilerin ve hastanın tedaviye yanıtının takibidir. Gerektiğinde ilacın kan ve plazma seviyelerinin ölçülmesi gibi ilacın özelliklerine göre sistem fonksiyonlarının değerlendirilmesinin yapılması gerekmektedir. Hastanın ilacını kullanıp kullanmadığı, hekiminin tarif ettiği şekilde kullanıp kullanmadığı, tedaviyi tamamlamamış ise sebepleri sorgulanmalıdır. Hastanın ilaçlarını tavsiye edilen şekilde kullanması, tedavinin başarısını belirlemektedir. Hasta uyuncunun sağlanmasında hastanın eğitilmesi, hekimin hastasına gerekli zamanı ayırması, hastaya ilacını nasıl kullanacağıyla ilgili gerekli bilgilendirmenin yapılması ile bununla ilgili notların ve doz cetvellerinin düzenlenmesi ve ilaçla ilgili olarak hekimin yaptığı

bilgilendirmenin eczanede eczacı ve klinikte hemşire gibi diğer sağlık personeli tarafından pekiştirilmesi gerekmektedir.

Hastayla güçlü iletişim kurulabilirse hastanın günlük etkinlikleri ve alışkanlıklarıyla ilaç alım zamanları eşleştirilebilir (yemek zamanları, uyku zamanları, işindeki etkinlikleri vb). İlacın nasıl kullanılacağı, ne sıklıkta kullanılacağı, tedavinin süresi ve ilacın kullanım amacı hastaya, hekimi tarafından ve sonrasında eczacı tarafından açık ve anlaşılır bir şekilde anlatılmalıdır.

Tedavi maksimum fayda ve minimum toksisite riski olacak şekilde düzenlenmelidir. Hekim akılcı tedaviyi düzenlemek adına süreci iyi yönetse bile tedavinin, hastanın hekimin söylediklerini yerine getirmesine bağlıdır. Bu sürecin başarılı olması, doğru bir hasta-hekim ilişkisinin kurulması ve bu sayede hastanın verilen tedaviye uyumu ile doğrudan ilişkilidir.

İlaçlar, tedavi amacıyla kullanılsa da bazen istenmeyen etkilere sebep olabilmektedir. İlaç kullanımında önemli olan ilaçtan sağlanan yararın yanında, ortaya çıkabilecek yan etkilerin ne şiddette ve ne sıklıkta olduğudur. Bu yüzden hastanın kullandığı ilaçların olası yan etkileri açısından hastaların takibi gerekmektedir.

İlaçların uzun süre kullanımında kalp, karaciğer, böbrekler, kemik iliği ve iskelet kası gibi doku ve organlar için toksik etkisi olabilecek ilaçlar için tedavi devam ederken kullanılan ilacın yan etki profiline göre bazı laboratuvar testleri (Hemogram, EKG, kreatinin klirensi vb.) ile belirli aralıklarla kontrol edilmelidir. Bu yan etkilerinin yanında kullanılan ilaçlar alerjik risk de taşıdığı için bu süreçte hem hekimin hem de hastanın dikkatli olmaları gerekmektedir.

Tedavinin Maliyetini Değerlendirmek

Bir tedavinin AİK'ye uygun olması demek, ekonomik açıdan da uygun olması demektir. Bu nedenlerle tedavi sırasında ilaç seçerken etkinliği ve güvenliliği yeterli olan en düşük maliyetli ilacın tercih edilmesi akılcı ilaç kullanımını ilkelerindedir. Ülkelerin var olan kaynaklarını, vatandaşlarının yararına, adaletli ve en verimli biçimde faydalandırması bakımından ilacın ekonomik boyutu oldukça önemlidir.

2.2.2-Aik Öğeleri

DSÖ tarafından tedavi sürecine yardımcı olmak amacıyla hekimlere yönelik reçete yazma rehberi hazırlanmıştır. Bu rehbere göre akılcı ilaç kullanımını ilkeleri etkinlik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet ölçütleri olmak üzere dört başlıkta toplanmıştır (20,22,27,28,29).

1- Etkinlik: İlaç seçimi yapılırken dikkate alınan ilk ve en önemli ölçüttür ve ilacın kullanılma sebebini karşılayan ögedir. İlaçların tercih aşamasında farmakodinamik ve farmakokinetik özellikleri belirleyicidir. Farmakodinami, etken maddenin canlı doku ve organlardaki etkilerini incelerken, farmakokinetik ise etken maddenin canlı doku ve organa girdikten sonra geçirdiği dönemleri inceler. Etkililiğin farmakodinamik özellikleri kadar, kısa sürede başlaması yani farmakokinetik özellikleri de önemlidir. Kısaca etkinlik, ilaçtan beklenen ve istenilen etkiyi gösterebilecek özelliklerinin değerlendirilmesini içerir.

2- Güvenlilik: İlaçların istenmeyen etkilerini bir diğer ifadeyle yan etkilerini ifade eden ögedir. İlacı reçete ederken oluşabilecek ilaç alerjisi ve/veya yan etkileri açısından hastanın değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastadan iyi alınan bir anamnez ile istenmeyen etkilerin bir kısmı önlenabilir. İstenilen hedef fayda/zarar oranının tedavinin başlaması için uygun olma durumudur.

Diğer yandan hastanın birden çok hekime başvurması veya çoklu ilaç kullanımını durumlarında, kullanacağı ilaçları aynı eczaneden alıyor olması daha sonrasında ortaya çıkabilecek ilaç etkileşimlerini ve ilaçların istenmeyen etkilerini azaltmada faydalı olabilir.

3- Uygunluk: İlaçların özellikle kontrendikasyonlarını kapsayan ögedir. İlacın hasta için uygun olup olmadığının değerlendirildiği, hastanın bireysel özelliklerinin değerlendirildiği, tedavinin kişiselleştirildiği ölçüttür. Tedavi kişiye özel seçilmelidir, çünkü her ilaç her hasta için uygun olmayabilir. Hasta için etken maddenin, doz ayarının, ilacın farmasötik formunun, tedavi süresinin, tedavi verilmiş şeklinin hasta için uygun olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Tedavi verilirken özellikle daha önceden tecrübe edilmiş, iyi bilinen, güvenilen tedaviler tercih edilmelidir. Tedavinin bireyselleştirilmesi önemlidir ve bunun için verilen ilacın dozu, hastanın ilaca verdiği yanıtı göre

ayarlanmalıdır. Tedavi süreci takip edilmelidir ve bu süreçte gereksiz görülen ilaçlar tedavi listesinden çıkartılmalıdır. Çocuk veya yaşlı hastalar, gebe veya emziren kadınlar, organ yetmezliği olan hastalar, öyküsünde ilaç alerjisi olan hastalar riskli gruplardır. Özellikle çocuk veya yaşlı hastalarda uygun doz ve kullanım kolaylığı olan tedaviler tercih edilmelidir.

Hastanın tedavisine yeni bir ilaç eklemek yeni sorunlar doğurabileceği için, tedaviye ilaç ekleneceğinde hastanın yaşam kalitesini arttırıp arttırmayacağı sorgulanmalıdır. Hasta ile güçlü bir iletişim kurulması ve doğru alınan bir anamnez ile hastanın bireysel özelliklerine göre en uygun ilacı tercih ederek hastanın tedaviye inancını ve uyumu arttırılmalıdır.

4- Tedavi Maliyeti: İlacın ücretinin kim tarafından karşılanacağına bakılmaksızın maliyet hesabı yapılmalıdır. Hastaların bazen iyi olan yerine geri ödeneni talep edebildiğinden dolayı hastaların sağlık sigortasının içeriği ve geri ödeme koşulları bilinmelidir. İlaç seçimi sırasında maliyet ölçütü, tercih edilebilecek olası ilaçların tedavi süresince olan toplam maliyeti üzerinden hesaplanır. Maliyet ölçütü değerlendirilmesinde ise; ülkelerin imkanları, geri ödeme sistemleri, akut ya da kronik hastalıktaki ilaç kullanımı, tedavinin toplam maliyeti, günlük, haftalık, aylık, yıllık maliyet, kutu maliyeti ya da reçete maliyeti gibi ölçütler değerlendirilmelidir (20,22,27,28,29).

2.2.3- Akılcı İlaç Kullanımının Akılcılık Ölçütleri

AİK, ilaç tedavisinin güvenli, etkili ve en ekonomik biçimde uygulanmasına imkan tanıyan planlama, yürütme ve izleme sürecidir. Bu süreçte başta hekimler ve eczacılarla birlikte sağlık personellerine, devlete, ilaç endüstrilerine ve topluma ciddi görevler düşmektedir. İsmi anılan tarafların akılcı davranış sergileyebilmeleri; iyi niyetli yaklaşım içinde olmalarına, yeterli bilgi ve beceri düzeylerine sahip olmalarına bağlıdır.

AİK kavramı, bir piramidin tepe noktasını ifade eder. Bu kavram, ancak piramidin tabanını ve gövdesini oluşturan bir dizi ilkelerin uygulanması ile hayata geçirilebilir. Bu ilkeler;

- Hastanın şikayetlerinin doğru algılanması,
- Hekim tarafından doğru teşhisin konulması,
- Etkin ve güvenli bir tedavinin seçimi,

- Tedavi maliyetinin değerlendirilmesi,
- Tedavi başarısının ve hastauyuncunun değerlendirilmesi,
- İlaç tedavisi gerekiyorsa hasta için en uygun ilaçların seçilmesi,
- Tedavide listesindeki ilaçların yan etkilerinin değerlendirilmesi,
- Çoklu ilaç tedavisinin ilaç etkileşimleri açısından değerlendirilmesi,
- İlaçlar için en uygun dozun ve veriliş yolunun seçilmesi,
- Tedavi süresinin doğru belirlenmesi,
- Hastanın ve hasta yakınlarının tedavi süreci hakkında bilgilendirilmesi,
- Hastanın izlenmesidir (26,29).

Akılcı ilaç kullanımının akılcılık ölçütleri teşhis, tedavi ve/veya profilaksiyle ya da koruyucu tedaviyle ilgili çeşitli etkinliklere bağlıdır. Bu ölçütler başlıca;

- . İlaçların akılcı seçimi,
- . İlaç lojistiğinin akılcılığı,
- . Reçete yazma sürecinin akılcılığı,
- . Reçete yanıtımlama sürecinin akılcılığı,
- . İlaçların akılcı tüketimi,
- . İlaç bilgisi desteğinin akılcılığı,
- . İlaç yönetiminde akılcılık olarak sıralanabilir(30).

2.2.4-Akılcı İlaç Kullanımı İlkeleri

1. İlaçların akılcı seçimi: Hastaların ihtiyaçlarına yönelik ilaçların belirlenmesi gerekmektedir. İlaçların gereksinim duyulan yerde ve zamanda her açıdan ulaşılabilir olması gerekmektedir. Bu nedenle piyasada bulunan ilaçlar arasından “öncelikli ilaçların” belirlenmesi gerekmektedir. Toplumun öncelikli ilaçların seçiminde çıkış noktası, morbidite ve mortaliteye ilişkin epidemiyolojik veriler, hasta yükü dağılımı ve standart tedavi protokolleri olmalıdır. Öncelikli ilaçların ulusal düzeyde belirlenmesine yönelik mekanizmalar arasında ruhsatlandırma ölçütleri, ulusal formüller ve geri ödeme listeleri sayılabilir.

2. İlaç Lojistiğinin Akılcılığı: İlaç lojistiği, ilacın satın alınması, depolanması, envanter denetimi ve dağıtım alt başlıklarından oluşmaktadır. İlaçların ulaşılabilir olması, akılcı bir finansman yönetimi ve yeterli pazarlık yeteneği gerektirir. Toplum sağlığı ve ülke ekonomisi açısından kaynak, kalite, maliyet ve ödeme koşulları arasında iyi bir denge kurulmalıdır. Depolama ve envanter denetimi, ilaçların stabilitesi (raf ömrü) ve güvenliğinin (yetkisiz eller tarafından ulaşılamaması) sağlanmasının yanı sıra tedavi gereksinimlerinin kesintisiz karşılanabilmesi açısından da önemlidir. Dağıtım zinciri, ilaçların ihtiyaç duyulan noktalara, zamanında ve iyi durumda ulaştırılabilmesine imkan sağlayacak özellikte olmalıdır.

3. Reçete Yazma Sürecinin Akılcılığı: Doğru tanının konulmasıyla başlayan bu süreç; tedavi için ilaç kullanımına ihtiyaç olup olmadığının değerlendirilmesi, tedavide seçilecek ilaçların etkinlik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet açısından birbirleriyle karşılaştırılarak, tedavinin düzenlenmesi ve takibinden oluşur. Bu süreç, AİK'de hekimlerin doğrudan dahil olduğu basamaktır.

4. Reçete Yanıtlama Sürecinin Akılcılığı: Reçete yanıtlama süreci, AİK'de eczacıların en aktif rol aldığı süreçtir. Eczacıların görevi reçetelerin doğru yorumlanmasıyla başlar sonrasında ise reçetede tedaviyi karşılanması, hastanın sözlü ya da yazılı biçimde bilgilendirilmesi, gerektiğinde hekimle iletişimin kurulmasında ve tedavinin izleminde yer alır.

5. İlaçların Akılcı Tüketimi: Akılcı ilaç kullanımındaki sorumluluk; toplum, sağlıkçılar ve kitle iletişimcileri olmak üzere üç grup arasında paylaşılmaktadır. Topluma sağlık, hastalık ve ilaç tedavisi konularında bilgilendirmelerde bulunulmalıdır. Toplumun ilaç tedavisindeki davranışı ve tutumu kültürel özelliklerden önemli derecede etkilenmektedir. Bu yüzden topluma ilaç tüketimi konusunda bilgilendirme çalışmaları yapılırken toplumun gerçekleri de değerlendirilmelidir. Ayrıca toplumda, bireyin kendi kendini tedavi etme konusunda da gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır. İlaçlar hakkında verilen bilgiler doğru, güncel, objektif, eksiksiz, ulaşılabilir ve uygulanabilir olmalıdır.

6. İlaç Bilgisi Desteğinin Akılcılığı: İlaç bilgisi desteğinin akılcılığıyla AİK birbiriyle yakından ilişkili kavramlardır. AİK ile ilgili karar verilen her basamakta, ilaçlar hakkında bilgiye ihtiyaç vardır. İlaçlar hakkında verilen bilgiler doğru, güncel, objektif, eksiksiz, ulaşılabilir ve uygulanabilir olmalıdır. Çeşitli kaynaklardan edinilen bilgiler, AİK ölçütlerine göre değerlendirilmeli ve sürekli güncel verilerle beslenmelidir.

7. İlaç Yönetiminde Akılcılık: İlaç yönetiminde akılcılık , “Ulusal İlaç Politikası” çerçevesinde bu sürecin bütün taraflarının aldığı ortak kararların devletin desteğiyle uygulamaya geçirilmesidir. Ulusal ilaç politikasının planlanmasında uygulanmasında ve izlenmesinde görevli kişiler veya kuruluşlar, tüm bilgi ve becerilerini bu yönde kullanmalıdırlar. AİK yukarıdaki tüm basamakların başarılı bir şekilde uygulanabilmesine bağlıdır(30).

2.2.5- Akılcı İlaç Kullanımı Tarafları

AİK sürecinde sorumluluk sahibi taraflar; hekim, eczacı, hemşire, hasta ve hasta yakınları, devlet, ilaç sanayi temsilcileridir. AİK sürecinde bu taraflara farklı görev ve sorumluluklar düşmektedir (6,7, 31,32).

Hekimlerin Sorumluluğu

Teşhisi koyan ve tedavideki ilaçları düzenleyen kişi olan hekim, AİK'nin arz ayağında birinci sıradadır. Ülkemizin de içinde olduğu pek çok ülkede reçete düzenleme yetkisi tıp fakültesinden mezun olmuş olan hekimlere verilmektedir. Bunun yanında kendi alanlarında olmak koşuluyla dış hekimleri ve veteriner hekimler de reçete düzenleyebilmektedir. Bazı ülkelerde ise belirli ilaçlar, gerekli eğitimi almış olmak şartıyla hekim dışı sağlık personeli tarafından da reçete düzenlenebilmektedir. Reçeteyi düzenleme yetkisinin kimlerde olduğu, reçete düzenlemenin ve reçetenin karşılığının yasal düzenlemeleri vardır.

Doğru tanı ile başlayan AİK sürecinde hekim, hasta ve hasta yakınlarına hastalığın teşhisini anlayabilecekleri dilde açık bir şekilde anlatır. Hastalığın teşhisine yönelik tedavi planını oluşturur ve bunu hasta ve hasta yakınlarına anlaşılır bir şekilde anlatmalıdır. Tedavi düzenlerken hastanın

bireysel özelliklerini dikkate alarak, hasta için etkinlik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet açılarından en uygun tedaviyi düzenler. Tedavi için ek önerilerde ve uyarılarda bulunup, hastanın tedavisi hakkında gerekli açıklamaları açık ve anlaşılır bir şekilde anlatır. Tüm bu sürecin başarısı başarılı hasta-hekim ilişkisinden geçmektedir.

Hekimlerin, hastalarla karşılaşmadan önce, yaygın endikasyonlar için bir ön hazırlık yapması ve kendisine bir rehber hazırlaması, reçete düzenlerken AİK ilkelerine uygun reçete düzenlemesine yardımcı olur. “Etkinlik, güvenlik, uygunluk ve maliyet” kriterlerini kullanarak, hekimler yönettikleri hastalıklara alternatiflerine göre en uygun olduğunu düşündükleri kişisel tedavilerini (K-ilaç) seçebilirler.

Polifarmasi, hasta için uygunsuz ilaç tercihi, kullanılması gerekenden daha fazla ilacın reçete edilmesi hekimler tarafından yapılabilen yanlışlardır.

AİK sürecinde sorumluluk büyük ölçüde hekimdedir fakat hekim tek başına sorumlu değildir. Hekim reçete yazarak süreci başlatandır fakat eczacılar, hastalar, hasta yakınları ve katkısı olan tüm taraflar bu sorumluluğu paylaşmalıdır.

Eczacıların Sorumluluğu

Reçetenin üzerinde hastanın kullanacağı ilacın tarifi yer alsa da reçete aslında eczacıya yazılmış bir belgedir. Eczacı, reçetede belirtilen ilaçları temin etmelidir ve reçetede hata olduğunu düşünürse doktorla temasa geçerek hatanın düzeltilmesini sağlamalıdır. Eczacıların, hastalarını ilaçlarını nasıl kullanılacağı konusunda bilgilendirmeleri gerekmektedir.

Ülkemizde reçetesiz satılmasına izin verilen ilaç az sayıdadır fakat özellikle kontrol ve kayıt altında olan ilaçların dışındaki birçok ilaç, çoğu zaman eczanelerden reçetesiz olarak satın alınabilmektedir. Özellikle sık geçirilen, kısa süren ve çoğu zaman kişinin sağlığını ciddi anlamda tehdit etmeyen bazı hastalıklarda kullanılan ilaçlar reçetesiz satın alınabilmektedir. Bunların başında soğuk algınlığı ilaçları, analjezikler ve çeşitli vitamin-mineral kompleksleri yer alır.

Hemşire ve Diğer Sağlık Personelinin Sorumluluğu

AİK'nin toplumda yaygınlaştırılmasında hemşirelerin, ebelerin ve diğer sağlık personelinin görevleri arasındaki uygulamalar önemli bir yere sahiptir. Bu uygulamalar arasında kayıt ve takip, reçete ve istem alma, ilaçların korunarak saklanması ve gerektiğinde hastalara ilaç uygulama, bazı ilaçların uygulanmaları konusunda hastaların eğitimi, gerektiğinde hastalara danışmanlık ve atık yönetimi yer alır.

Hemşirelerin, hastanedeki ilaç uygulamalarında ve polikliniklerdeki hekimlerin reçeteleriyle ilgili verdiği bilgileri pekiştirmede önemli görevleri vardır. Hemşirelerin diğer bir önemli görevi de ilaçların güvenlik kriterlerine uygun bir şekilde kullanımını sağlamaktır. Sağlık kurumlarında çalışırken hastalar ve hasta yakınları ile iletişim halinde olan hemşireler, ilaçlar konusunda hasta ve hasta yakınlarına eğitim vermeli ve ilaç kullanımı ile ilgili anlaşılmayan bir nokta olup olmadığını sorgulamalıdır. Hemşireler tedavi sürecinin başarılı yürümesi için reçeteli olmayan ilaçların kullanılmaması, ilaçların kurallara uygun bir şekilde muhafaza edilmesi, tedavi süresinin takibi konularında çok önemli olan eğitimleri vermelidir ve bu konularda danışmanlık görevi üstlenmelidirler. Bu yüzden hemşirelerin AİK sürecinde toplum adına çok önemli görevleri vardır.

AİK'nin sağlanması adına tüm sağlık personelinin vazifeleri gereğince yeterli bilgi sahibi olmaları ve toplumun da eğitimini sağlamak adına önemli görevler mevcuttur.

Toplumun Sorumluluğu

AİK sürecinin başarılı olabilmesi için toplumun bu süreçte kendisine önerilen tedavi uyarılarını dikkatle uygulaması gerekir. Toplumun bu konuda bilinçli davranması, AOİK sorununu çözmede büyük bir öneme sahiptir. Hastaların reçetesiz ilaç kullanmaları, yakınlarının tavsiyesiyle ilaç kullanmaları, yakınlarına ilaç tavsiyesinde bulunmaları, evde artık ilaç bulundurma, önceki şikayetine benzer bir durum yaşadığında önceki tedavisinden kalan ilacı kullanma, kendilerine önerilen tedavideki doz ve süreye dikkat etmemeleri gibi yanlış hareketler AİK sürecinin başarısız olmaktadır.

AOİK'nin, eğitimsizlikle birlikte sosyal, kültürel, ekonomik ve yönetim kaynaklı sebepleri bulunmaktadır. Bireyler ilaç kullanımıyla ilgili kamuoyundaki yanlış yönlendirmeler yerine tedavilerini düzenleyen hekimin önerilerini dikkate almalıdır ve yaşadığı kararsızlıklarda sağlık profesyonellerine danışmalıdır.

Devletin Sorumluluğu

AİK sürecinin başarıya ulaşmasında devlete önemli görevler düşmektedir. Devlet, toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık sistemini kurmalıdır. Bu kapsamda devlet; ulusal sağlık ve ilaç programları oluşturmalı, sağlık ve ilaç programları ile ilgili altyapıyı ve yasal düzenlemeleri oluşturmalı, halkın eğitimine destek vermeli, sağlık personelinin eğitimlerini artırmak için gereken projeleri üretmeli, toplumun ihtiyacı halinde ilaçları ulaşılabilir kılmalı, ilaçların dağıtımını ile ilgili gerekli düzenlemeleri yapmalıdır.

İlaç Endüstrisinin Sorumluluğu

İlaç endüstrisini oluşturan kurumlar, hem hekimlere hem de ilacı kullanan topluma ürünler hakkında objektif, net ve doğru bilgilendirmeyi yapmalı, ilaç üretimindeki uygulamaları eksiksiz yapmalı, dünyanın neresinde olursa olsun ürettiği ilaç kabul edilebilir kalitede olmalı, ürettiği ilaçları maliyet olarak mümkün olduğunca ulaşılabilir seviyelerde tutmalı ve özellikle de gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık problemlerini ortadan kaldırmaya yönelik çalışmalar yapmalıdır.

Üniversiteler, Öğretim Kurumları ve Mesleki Örgütlerin Sorumluluğu

AİK sürecinde, bu kurumlar sağlık çalışanlarının eğitimlerini eksiksiz bir şekilde yerine getirmeli, sürekli eğitimlerin sağlanması konusunda çalışmalar yapmalı, sağlık çalışanlarının bilgilerini güncelleyebilmeleri adına projeler üretmeli, ilaç sempozyumlarının kurallara uygun şekillerde gerçekleşmesini sağlamalı ve ideal sağlık hizmeti ve ilaç tedavisindeki bilgilendirmeyi yapmalıdırlar.

AİK sürecinin başarılı bir şekilde gerçekleşmesi için bu kişi ve kurumların yanında ilaç dağıtım kanallarının, basın yayın kuruluşlarının ve tüketici gruplarının katkıda bulunmaları gerekmektedir.

2.3-TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA AKILCI İLAÇ KULLANIMININ GELİŞİMİ

Dünya Sağlık Örgütü'nün AİK'yi teşvik etme çabaları temel ilaçlar kavramını tanıttığı 1970'lerde başladı. Akılcı İlaç Kullanımı (AİK); DSÖ'nün 1985 yılında Nairobi'de tanımladığı şekliyle; "Hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli süre boyunca, kendileri ve toplum adına en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünüdür." Bu tanım dışındaki davranışlarla gerçekleşen uygulamalar, AOİK olarak değerlendirilmektedir. 1986 senesinde ulusal ilaç politikaları oluşturulabilmesi için rehberler oluşturulmuştur. Rehberler sayesinde ülkeler, kendi ulusal ilaç politikasını oluşturmaları ve yürütmesinin sağlanması önerilmiştir. İlaçların daha akılcı kullanılmasını sağlamak ve bu alanda yapılan hataları saptamak adına önemli çalışmalar yürütmek amacıyla 1989 yılında AİK için Uluslar arası Ağ (International Network for the Rational Use of Drugs-INRUD) çalışmalarına başlamıştır. Bu kuruluş ile birinci basamak sağlık kuruluşlarındaki ilaç kullanımını araştırmak adına DSÖ/INRUD göstergeleri yaygınlaştırılmış ve çeşitli müdahale çalışmaları gerçekleştirilmiştir(33,34).

DSÖ öncülüğünde dünyadaki birçok uluslararası kuruluş AİK sürecinin başarıyla uygulanabilmesi için uzun yıllardır ve özellikle de 1990'lı yıllardan itibaren çalışmalarını arttırarak sürdürmektedirler. Bu konuda sağlık personellerinin eğitimlerine önem verilmiştir ve buna yönelik eğitim programları ile sürece katkıda bulunulmuştur. Reçetelerin takibi, değerlendirmeleri ve geri bildirimleri ile uzun yıllardan beri çalışmaya devam edilmektedir. AİK sürecinin başarılı olabilmesi için kilit rolü olan hastaların eğitimi üzerine yapılan çalışmalar devam etmektedir(5,7).

Dünya çapında önemli bir problem olan AOİK, gelişmekte olan diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemiz ekonomisi için de önemli bir sorundur. Ülkemiz verileri incelendiğinde, OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) ülkeleri arasında sağlık harcamaları için ayrılan gayri safi milli hâsıla (GYSH) oranı %4.2 ile Endonezya ve Hindistan ile birlikte son 3 sırada yer almaktadır. Ülkemizde yıllık kişi başına yapılan sağlık harcamaları 2018

verilerine göre 1227 dolardır. İlaç harcamalarının, sağlık harcamaları içinde önemli yeri olduğu düşünüldüğünde AOİK'yi önlemenin ekonomik önemi anlaşılabilir. Bu veriler ülkemiz adına ilaç harcamalarının ne kadar önemli olduğunu ve başarılı AİK süreci ile ülkemiz ekonomisine çok önemli katkılarda bulunabileceğini göstermektedir (7,35,36).

Türkiye'de 1992'den bu yana AİK sürecine yönelik faaliyetler sürmektedir. Ülkemizde 1996'da tıp fakültelerinde AİK ile ilgili aktif eğitimler uygulanmaya başlamıştır (5,7).

Ülkemizde 2003 yılında uygulanmaya başlayan "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında sağlıkta dönüşüm programının 8 bileşeninden biri de "akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma" olarak belirlenmiştir. Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma ile 'İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalayacak kurumsal oluşumlara ihtiyaç vardır. Bu kurumların siyasal kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk kurumlar halinde örgütlenmesi sağlanacaktır.' düşünceleri benimsenmiştir(31,37).

Ülkemizde 2010 yılında İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü kurulmuştur ve tüm illerimizde temsilcilikleri oluşturulmuştur. 2012'de Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurularak Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetim Daire Başkanlığı oluşturulmuştur. Günümüzde Akılcı İlaç Dairesi olarak çalışmalarına devam etmektedirler(38).

Ülkemizde 2010 yılında İlaç Takip Sistemi'ne (İTS) ve karekod uygulamasına geçilmiştir. Böylece piyasadaki ilaçlar, kutu bazında bir takip numarası ile kaydedilerek üretimden tüketime her aşamada ilaçların izlemi sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu sayede piyasadaki sahte ilaçların önüne geçilmesi, fiyatlarda oluşabilecek dengesizliklerin önlenmesi, ilaçların yan etkilerinin tespit edilmesi ve gerektiğinde piyasadan çekilebilmesi, aynı ilaçtan yalnızca bir kere ödemenin alınması, denetimlerin daha etkin ve verimli bir şekilde yapılması daha kolay bir hale gelmiştir(39,40).

Bakanlığımız bünyesinde 2014'te Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı uygulanmaya başlanmıştır. Bu çerçevede AİK ile ilgili çalışmalar kapsamlı bir şekilde tekrar düzenlenerek hayata geçirilmiştir. Yapılan

düzenlemelerden biri olan Reçete Bilgi Sistemi (RBS) ile yazılan reçeteler belli analizlerden ve yapılan değerlendirmelerden sonra çeşitli bilgilendirmeler yapılmaktadır (5).

Kısaca tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de AİK ile ilgili çeşitli çalışmalar ortaya konmuştur ve bundan sonra da bu çalışmalar devam edecektir(34).

2.4-AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI (AOİK)

Akılci olmayan ilaç kullanımı (AOİK), insanların sağlığı açısından olumsuz etkileri olan ve tedavi masraflarının artmasına sebep olan önemli bir sorundur. AOİK, tüm dünyanın yaşadığı bir sorun olmakla beraber, özellikle de az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde daha büyük boyutlarda yaşanmaktadır. Bu problem ülkemiz için de önemli bir sorun teşkil etmektedir ve genel sağlık harcamaları içerisinde ciddi bir pay edindiği tahmin edilmektedir (6,7,28,41,42,43).

DSÖ, bütün ilaçların yarısından fazlasının AİK ilkelerine uygun olmayan bir şekilde reçete edildiğini, dağıtıldığını ya da satıldığını tahmin etmektedir. Yaklaşık olarak hastaların yarısı ilaçlarını olması gereken şekilde kullanmamaktadır ve dünyadaki toplam insan nüfusunun yaklaşık üçte birinin temel ilaçlara erişemediği bilinmektedir(14,33,39).

AİK'yi direk ya da dolaylı olarak ilgilendiren tüm hatalı uygulamalar akılci olmayan ilaç kullanımı olarak değerlendirilebilir. AOİK bir diğer deyişle AİK için olması gereken şartların bir veya daha fazlasının gerçekleştirilmemesidir. AOİK gibi bir sorunun varlığında sağlık personelinin, sağlık kurum ve kuruluşlarının, ilaç endüstrisinin ve tabii kiilacı kullanan hasta ve hasta yakınlarının kısaca AİK için sorumluluğu olan herkesin sorumlulukları mevcuttur (7,14,25,33,44).

Son yıllarda, ilaç tüketimi açısından iki ana eğilim ortaya çıkmıştır. Birincisi tıp alanındaki gelişmelerle mevcut tedavilerde büyük bir artış olmuştur. Bu, reçeteyele satılan ilaçların yanı sıra reçetesiz satılan ilaç miktarının da artmasına neden olmuştur. İkincisi ise, sağlıkla ilgili bilgilere daha kolay erişim ve özellikle Avrupa'da olduğu gibi ilaçların reklamlarla

pazarlanması sebebiyle halkın sağlık bilgilerine ve sağlık ürünlerine ilgisinin artmasıdır. Bu faktörlerin her ikisinin de bir bireyin kendi sağlık yönetimini etkilemesi beklenebilir ve özellikle büyüyen yaşlı nüfus düşünüldüğünde bu konu endişe vericidir(45).

Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Şekilleri

- Çoklu ilaç kullanımı (Polifarmasi),
- İlaçların gerekli olmadığı durumlarda veya gereğinden fazla kullanımı,
- Tedavinin uygun olmayan durumlarda uygulanması,
- Klinik kılavuzlara uygun olmayan tedavi seçimleri,
- İlaçların birbirleriyle veya besinlerle olan etkileşimlerinin dikkate alınmadan kullanımı,
- Uygulama yöntemlerinin yanlış seçimi, örnek olarak oral kullanıma daha elverişli bir ilacın parenteral formunun daha sık tercih edilir olması,
- Gerekli olmayan durumlarda mineral ve vitamin ürünleri desteği kullanımı,
- Uzun süren parenteral tedavilerin seçimi,
- Hastaların yetersiz bilgilendirilmesi,
- İlaçların doğru olmayan hazırlanma yöntemleri,
- İlaçların saklama koşullarının uygun olmaması,
- İlaçları imha ederken doğru yöntemlerin uygulanmamasıdır(46).

Hata yapılmaya en yatkın ilaç grupları antibiyotikler, kardiyovasküler ilaçlar, oral antikoagülanlar, teofilin ve antineoplastik ilaçlardır (46).

2.4.1-Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Nedenleri

AOİK'yi ele almak için reçete yazma, ilaç dağıtım ve hastaların ilaç kullanımı aşamaları düzenli olarak aşağıdakiler açısından izlenmelidir. Stratejilerin belirli sorunların değiştirilmesine yönelik olabilmesi için akıl dışı kullanım türleri, sorunun büyüklüğünün bilinmesi ve stratejilerin etkisinin izlenebilmesi için AOİK miktarı, uygun, etkili ve uygulanabilir stratejilerin seçilebilmesi için ilaçların AOİK nedenleri tespit edilmelidir. AOİK'nin başta eğitim eksikliği kaynaklı ekonomik, sosyal, kültürel, yönetsel ve düzenleme mekanizmaları kaynaklı pek çok sebebi vardır(25,47,48).

Bireyin ilaç kullanımını etkileyen birbirleriyle ilişkili çok sayıda faktör vardır. Bu faktörleri bireysel faktörler ile sistemsel faktörler olarak ayırabiliriz. Bireysel faktörler hekim, eczacı ve hasta ve bunların birbirleriyle etkileşiminden kaynaklı faktörler iken, sistemsel faktörler sağlık sistemi ve düzenleme mekanizmaları ile ilgili problemleri içermektedir(6).

Hekimlerin tüm ayrıntılarıyla birlikte çok iyi bilmeleri gereken çok sayıda jenerik ilaç mevcuttur. Bu çok sayıdaki jenerik ilaca hakim olmanın günlük uygulamada çok zor olmasından kaynaklanan bilgi eksikliğiyle AOİK uygulamaları görülebilmektedir. Bununla birlikte eğitim hayatında bu konuda yeterli bilgiye sahip olmamak, reçete yazma sürecinde yapılan hatalar, hasta hekim iletişiminin düzgün kurulamaması, uygun olmayan doz ve süre önerisinde bulunma, hasta sayısının çok fazla olması, ilaçların etkisine dair yanlış inanışlar, meslekteki tecrübe eksikliği ve sınırlı deneyimin genellenmesi gibi faktörler hekim kaynaklı AOİK'ye sebep olabilmektedir (6,28,44).

Eczacıların hastaya reçetede ilaç yerine yanlışlıkla başka ilaç vermesi, reçetesiz ilaç satışında bulunmaları ve reçetede belirtilenden farklı şekilde tedavi düzenlemeye çalışmaları eczacı kaynaklı problemlerdendir (6,28).

Hastaların tedaviye uyum göstermemesi, yanlış ve eksik ilaç bilgisi, tedavi konusundaki yanlış inanışlar gerçekçi olmayan ve yanlış beklentiler, kendi kendini tedavi etme çabası (self medikasyon) ve çok sayıda ilaç kullanma çabası AOİK'ye sebep olabilen hasta kaynaklı faktörlerdir. Hastaların, şikayetleri olduğu zaman sağlık kuruluşuna başvurmak yerine daha önceden benzer şikayetlerde kullanıldığı bir ilacı tekrar kullanması, verilen ilacı önerilen doz ve sürede kullanmaması, yakınlarının tavsiyesiyle ilaç kullanma veya yakınlarına ilaç önerme ve reçetesiz ilaç kullanmak bizi akılcı ilkelere uzaklaştırıp AOİK'ye sebep olmaktadır. Özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde insanların sağlık hizmetlerine ulaşamaması, ilaçlar hakkında doğru bilgilere erişimin güçlüğünden kaynaklanan kendi kendine yanlış tedavi etme gibi durumlar görülebilmektedir (6,28,49).

İlaç endüstrisinin özellikle ilaç tanıtımında hekim ve eczacılara yapılacak objektif olmayan, eksik ve yanlış bilgilendirmelerde bulunması ve buna ek olarak aşırı ve yasal altyapısı olmayan promosyonlarla desteklemesi ve bu konuda bir talebin olması AOİK'ye sebep olabilmektedir.

Ülkemizde eczanelerden reçetesiz ilaç alımı, kontrole tabi belli ilaç grubu dışında, AİK ilkelerine uygun olmayan bir şekilde gerçekleşmektedir. Bu konuda bir özel düzenleme olmadığı halde sanki varmışçasına kullanılması doğru olmayan bir yaklaşımdır. İlaç ve eczacılık uygulamalarındaki mevzuat yetersizliği ve yaptırım gücündeki zayıflık, ilaç ruhsatlandırması ve denetimi gibi düzenleyici mekanizmalardaki işleyişi sekteye uğratarak AOİK'ye sebep olmaktadır(6).

2.4.2- Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Sonuçları

AOİK başlı başına israftır ve hem birey hem de toplum adına zararlı sonuçları vardır. Sonuçlarına baktığımızda tedaviden yarar görmeme, artan ilaç etkileşimleri, ilaçların istenmeyen etkilerinde artış, antibiyotiklerin uygunsuz kullanımına bağlı artan mikrobiyal direnç, hastanede yatış süresinin uzaması, azalmış hasta uyumu, enjeksiyon şeklinde kullanılan ilaçların uygunsuz kullanımından kaynaklanan bulaşıcı hastalık riskinin artışı, temel ilaçlarda bile aşırı kullanıma bağlı stokların azalması ve ihtiyaç halinde bu ilaçların ulaşılabilirliğinin azalması, bazı ilaçlara karşı bağımlılığın gelişebilmesi ve bu şekilde ihtiyacı olmadan ilaç talebinde bulunulması, hastaların sağlık sistemine karşı güveninin azalmasıdır.

İlaçlara veya yeterli dozlara erişmede yaşanan olumsuzluklar özellikle çocukluk çağı enfeksiyonları, hipertansiyon, diyabet, epilepsi ve zihinsel gelişim bozuklukları gibi kronik hastalıklar açısından ciddi morbidite ve mortalite sebebidirler. İlaçların uygunsuz veya aşırı kullanımı, çoğu zaman hastalar için maliyet ve olumsuz ilaç reaksiyonları açısından hastaya zarar vermektedirler.

Yanlış uygulanan tedavilerin maliyeti, ilaç tedavisinin kalitesizleşmesiyle hastada gelişen morbiditeve mortalite kaynaklı zararlar, bunlara bağlı gelişen işgücü kaybı vb etkenler sonucu ciddi anlamda ekonomiyi olumsuz etkilemektedir (6,7,25,39,46,47).

2.4.3-Akılı Olmayan İlaç Kullanımında Alınabilecek Önlemler

AOİK'yi engellemek için alınabilecek önlemlere baktığımızda ise eğitim ve iletişime yönelik müdahalelerin artırılması gerekmektedir. Halka bu konuda eğitimler vererek bilinç düzeyleri artırılmalıdır. Sağlık personelinin mezuniyet öncesi eğitimlerinde AİK konularında eğitim desteği verilmesi AOİK'yi azaltmak için alınabilecek önlemlerdendir. Mezuniyet sonrasında hizmet içi eğitimlerin verilmesi ve sürekliliğinin sağlanması sağlık personelinin bu konudaki bilgilerinin güncel ve net olmasını sağlayacaktır. Seminer, konferans gibi eğitimlerin sağlanması, belirlenmiş/seçilmiş ilaçları sağlamak, denetleyici ve düzenleyici mekanizmalarca yapılan müdahaleler AİK'nin yaygınlaşmasını sağlayabilir(6,28,34,39,50,51).

Hekim ve eczacıların, hastalar ve birbirleriyle güçlü iletişim halinde olmaları, AİK ilkelerine uygun hareket etmeleri hastaların tedaviye uyuncunu büyük ölçüde artırarak AİK sürecinin başarısını arttıracaktır.

Temel ilaç listelerinin oluşturulması ve standart tanı ve tedavi rehberlerinin oluşturulması bu konuda yapılabilecek düzenlemelerdendir. Bunların dışında güvenilir olmayan ve etkileri şüpheli olan ilaçlar yasaklanmalı, ilaç kullanımı sürekli izlenerek gerektiğinde ilgili birimlere geri dönüşlerde bulunulması, kullanım aşamasında reçetelerin denetlenmesi ve kullanılan ilaçlarda sınıflama yapılarak AİK'nin sağlanması için çalışmak alınabilecek önlemlerdendir.

Jenerik ilaçların kullanımı, markalı ürünlerin kullanımına kıyasla ilaçların toplam maliyetlerini düşürerek ilaç israfının finansal etkisini azaltmaya yardımcı olabilir. Bu nedenle, hükümetler genel alternatiflerin kullanımını teşvik etmelidir.

Mevcut birçok çalışmada görüldüğü gibi evde istenmeyen veya kullanılmayan ilaçların birikmesi sadece ekonomik bir yük olmakla kalmayıp, özellikle küçük çocuklar için önemli bir zehirlenme sebebidir. Bu ülkelerde ilaç tüketimi ve ilaç kullanımının güvenlik yönleri, ulusal farmakoterapötik sistemler yoluyla izlenmelidir(6,28,34,39,47,52,53).

2.5-TÜRKİYE'DE ve DÜNYADA İLAÇ HARCAMALARI

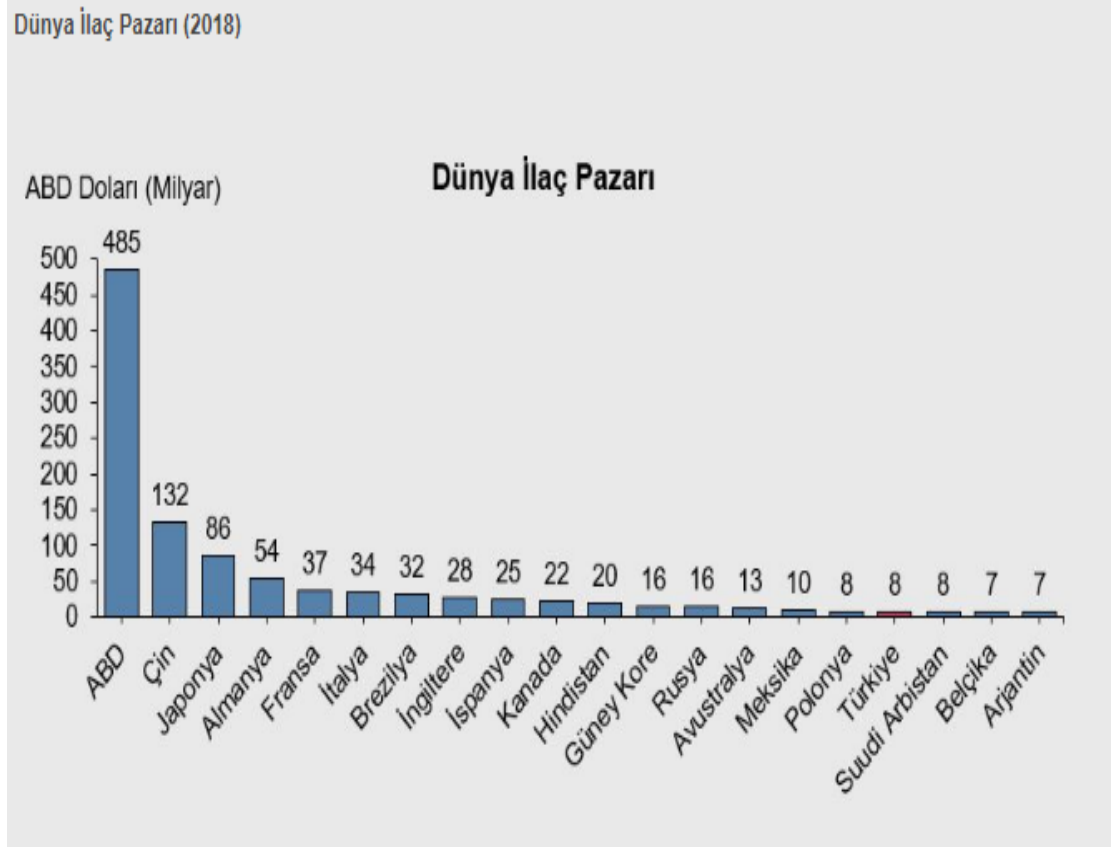
İlaç harcamaları, hayat kalitemiz üzerinde etkisi olan ve toplumun refah seviyesini belirleyen harcamalardan birisidir. İlaç harcamaları üzerinde toplumun sosyokültürel yapısıyla sağlık alanındaki bilgi ve davranış seviyeleri etkilidir. İlaçlara kaynak ayrılmasının öncelikli sebebi ilaçların, toplumun sağlık statüsünün yükselteceği öngörüsüdür. Bu öngörü gereğince ilaç harcamaları ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişki incelenmelidir.

Sağlığa yüksek kaynaklar ayıran Avrupa ülkelerinin, ilaç harcamalarına yine yüksek bütçeler ayırdıkları görülmüştür. Bu anlamda, ülkelerin sağlık sonuçlarına yön veren ve bu sonuçları etkileyen etkenlerin belirlenmesi gerekmektedir. İlaç harcama miktarları, sağlık sonuçları üzerinde tek başına belirleyici olmamakla birlikte bu sonuçları belirlemedeki önemli faktörlerden birisidir(54).

Günümüzdeki ilaç harcamalarına baktığımızda başta OECD ülkeleri olmak üzere gelişmiş ülkelerdeki ilaç harcamalarının, toplam sağlık harcamalarındaki payı yaklaşık %20'ler seviyesindedir. Gelişmekte olan ülkelere ise bu oran %20-40 arasında yer almaktadır. Gelişmekte olan ülkelere kamudaki sağlık harcamalarının yaklaşık olarak %10-40'ı ilaç harcamaları için gerçekleştirilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin, gelişmiş ülkelere göre ilaç harcama oranlarının daha yüksek olmasının çeşitli sebepleri vardır. Gelişmekte olan ülkelerin sağlık harcamalarının temel unsurunu birincil koruma yerine tedavi edici sağlık hizmetlerine öncelik vermeleri, ilaç sanayisinde diğer ülkelere bağımlı olmaları, gelişen teknoloji ile piyasadaki ilaç çeşitliliğinin artması ve AOİK'nin bu ülkelere getirmiş olduğu sonuçlar yer almaktadır(35,55,56,57).

İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) verilerine göre 2018 yılının sonundaki satış verilerine bakıldığında dünya ilaç pazarı hacminin 1,2 trilyon dolar olarak gerçekleştiği görülmektedir. Türkiye'nin 17. olarak yer aldığı bu sıralamada ABD, Çin, Japonya, Almanya ve Fransa dünya ilaç endüstrisinin en büyük 5 pazarı konumundadır. 2018 yılı sonundaki 485 milyar dolar toplam büyüklükle ABD ilaç pazarı, kendisinden sonra gelen 10 büyük pazarın

toplamından daha büyük bir hacim oluşturmakta ve böylece ilaç sektörünün açık arayla birinci ülkesi konumundadır (Şekil 1) (55).



Şekil 1. Dünya İlaç Pazarı

Kaynak: İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası

KPMG Türkiye 2020 raporuna göre dünya genelinde 2018 yılında yapılan toplam ilaç satışı yaklaşık 864 milyar dolar civarındaydı ve bunun 124 milyar doları onkolojik ilaçların, 58 milyar doları antiromatizmal ilaçların, 49 milyar doları ise antidiyabetik ilaçların satışı üzerinden gerçekleşmiştir. İlaç sektöründe yapılan bir araştırmaya göre 2024 yılında bu hacmin toplamda 1222 milyar dolar olması ve onkolojik ilaçların buradaki payının 237 milyar dolar olması tahmin edilmektedir (Tablo 1) (56).

Tablo 1 .Dünya Genelinde Tedavi Alanına Göre 2018 Yılı Verileri ve 2024 Tahminleri

Dünya geneli satışları (milyar dolar)					
	Tedavi alanı	2018	2024 (Tahminler)	Mevcut pazar payı	2024 Tahmini pazar payı
1	Onkoloji	124	237	%14,3	%19,4
2	Anti-Diyabet	49	58	%5,6	%4,7
3	Antiromatizmal	58	55	%6,7	%4,5
4	Aşılar	31	45	%3,5	%3,7
5	Antiviraller	39	42	%4,5	%3,5
6	İmmünosupresanlar	14	36	%1,6	%3,0
7	Dermatoloji	16	32	%1,8	%2,6
8	Bronkodilatörler	28	31	%3,2	%2,5
9	Duyu Organları	22	31	%2,6	%2,5
10	Antikoagülanlar	19	25	%2,2	%2,0
11	Anti-Hipertansif	23	24	%2,7	%2,0
12	MS terapileri	23	21	%2,6	%1,7
13	Anti-fibrinolitikler	14	18	%1,6	%1,5
14	Antihiperlipidemikler	10	18	%1,1	%1,4
15	Gamaglobulinler	11	15	%1,2	%1,2
	İlk 15	479	686	%55,4	%56,1
	Diğerleri	385	536	%44,6	%43,9
	Toplam	864	1222		

Kaynak: KPMG Türkiye 2020 Raporu

Türkiye'deki duruma baktığımızda ise 2010 yılından 2019 yılına kadar ilaç satış miktarının sürekli bir artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Ülkemizdeki ilaç pazarı 2019 yılında bir önceki yıla göre 9,8

milyar TL artış göstererek 40,7 milyar TL'ye kutu ölçüğünde ise 700 milyon artarak 2,37 milyar hacme ulaşmıştır (Şekil 2).



Şekil 2. Yıllara göre yılda tüketilen ilaçların milyar değerinden kutu sayısı ve milyar TL değerinden tutarı

Kaynak: İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası

İthal ilaç pazarında 2019 yılında ilaçların değer bazında 19,5 milyar TL, kutu bazında ise 0,29 milyar kutu ile satışı gerçekleşmiştir. Yurt içinde üretilen ilaçlar ise bu dönemde değer bazında 21,2 milyar TL'ye ve kutu bazında ise 2,07 milyar kutu satışına ulaşmıştır (Şekil 3 ve 4)(55).



Şekil 3. Yıllara göre yılda tüketilen ilaçların milyar kutu değerinde ithal-imal dağılımı

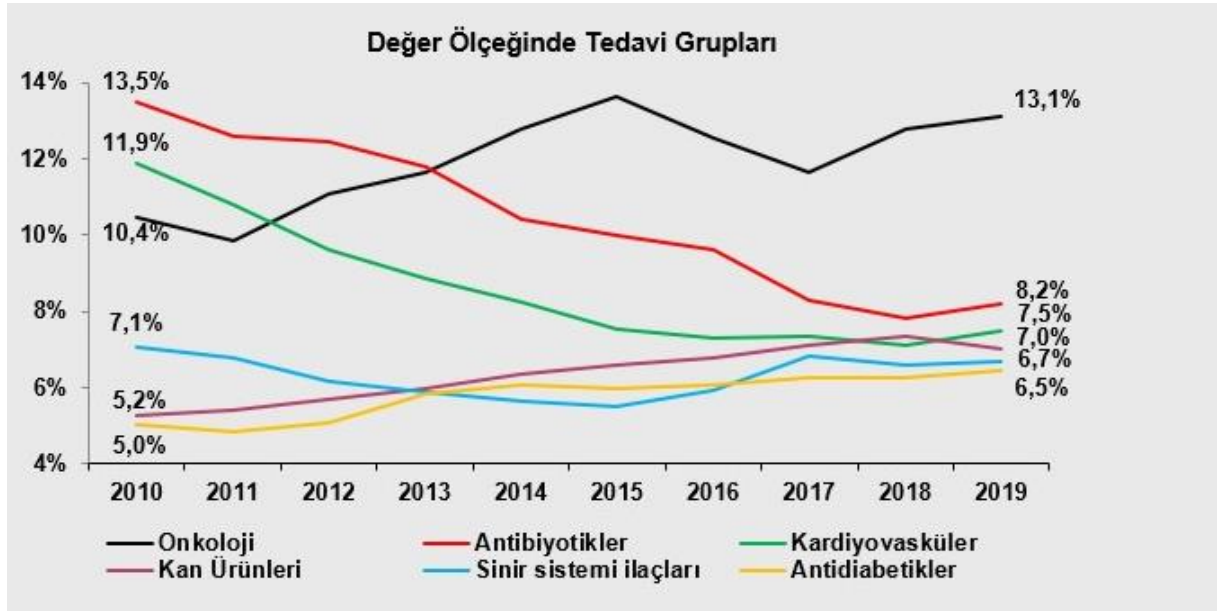
Kaynak: İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası



Şekil 4. Yıllara göre yılda tüketilen ilaçların milyar TL değerinde ithal-imal dağılımı

Kaynak: İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası

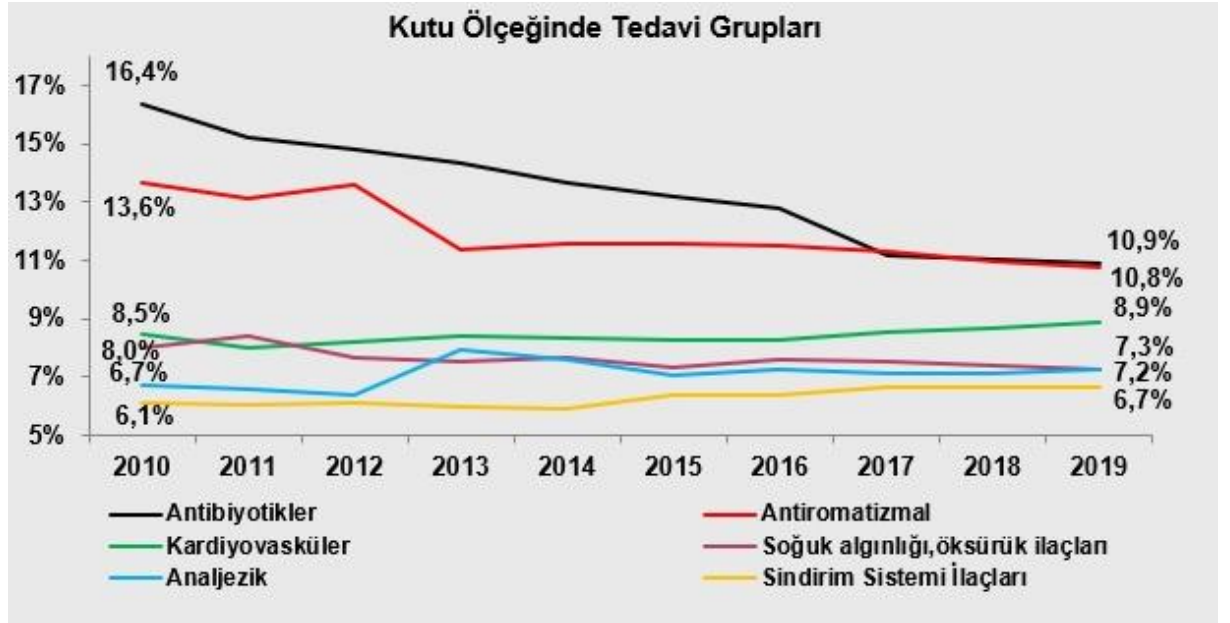
Ülkemiz ilaç pazarındaki tedavi gruplarına göre bakıldığında ise onkoloji ilaçları, %13,1 pay ile 2019 yılında pazarda değer bazında en çok satışa sahip tedavi grubu olmuştur (Şekil 5)(55).



Şekil 5 Yıllara göre yılda tüketilen ilaçların değer ölçeğinde tedavi grupları

Kaynak: İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası

2019 yılında kutu bazında en çok tüketilen tedavi grubu %10,9 pay ile antibiyotikler olmuştur ve yapılan düzenlemeler ve bilgilendirmelerle antibiyotiklerin ilaç pazarındaki payı son yıllarda azalmaktadır (Şekil 6)(55).



Şekil 6. Yıllara göre yılda tüketilen ilaçların kutu ölçeğinde tedavi grupları

Kaynak: İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası

2.6-AİLE HEKİMLİĞİ ve AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Leeuwenhorst'un 1974 yılındaki tanımına göre aile hekimi; yaş, cinsiyet ve şikayet ayrımı yapmaksızın bireylere, ailelere ve bir sağlık birimine bağlı nüfusa kişisel ve sürekli birinci basamak sağlık bakımı sunan tıp fakültesi mezunudur. WONCA tanımına göre ise 'genel pratisyen ya da aile hekimi, esas olarak tıbbi bakım arayan herkese kapsamlı bakım sağlama ve gerektiğinde diğer sağlık personelinin harekete geçirme sorumluluğu taşıyan hekimdir' şeklinde tanımlanır (58).

Günümüzde de aile hekimleri kişilerin sağlık sistemleriyle ilk tıbbi temas noktası bir başka deyişle sağlık hizmetlerine giriş noktasını oluşturur (28,58).

Sadece belirli bir yaş grubuna değil de tüm nüfusa hizmet veren aile hekimi, özel bir dikkat gerektiren pediatrik ve geriatrik yaş grubunun hastalarına uygun endikasyon ile uygun doz ve uygun süreli tedavi vermesi ve AİK ilkeleri açısından ortaya koyacağı davranış tüm toplumun sağlığını etkileyecek sonuçlara neden olacaktır (59). Aile hekimlerinin hastalarını daha önceden tanıyor olması ve hastalarını uzun süreli takip edebilme gibi

avantajları, aile hekimliklerini AİK açısından çok önemli bir konuma getirmektedir. Zaman içindeki bu sürekli ilişkiden; güven, kapsamlı bakım, güçlü bir iletişim ve aile hekiminin hastasının öyküsüne hakim olması dahil olmak üzere birinci basamak sağlık hizmetlerinin diğer özelliklerinin ortaya çıktığı düşünülmektedir(60).

Aile hekimliği uygulaması AİK sürecini doğrudan etkilemektedir. Çünkü ülkemizde reçete edilen ilaçların büyük çoğunluğu aile hekimleri tarafından reçete edilmektedir. Bu yüzden hastalıkların tedavisinde ve bireyin sağlıklı halinin devamı için kullanılan ilaçların, aile hekimleri tarafından akılcı ilkeler doğrultusunda yazılması beklenmektedir(52,59).

Aile hekimliği tıp disiplinini tanımlayan 12 temel özellik, her uzman aile hekiminin ustalaşması gereken 12 temel yeteneği belirler ve bunlar altı çekirdek yeterlilikte toplanabilir. Bu çekirdek yeterlilikler; kapsamlı yaklaşım, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, birinci basamak yönetimi, toplum yönelimi ve bütüncül yaklaşımdır (58).

AİK ilkelerinin aile hekimliği uygulamasıyla kesiştiği noktalar; ulaşılabilirlik, hasta hekim ilişkisinde süreklilik ve iletişim, hasta eğitimi ve danışmanlık, toplum yönelimi ve maliyet etkinliktir (59,61).

Aile hekimliğinin bir diğer özelliği olan “sağlık kaynaklarının etkili kullanımı” anlayışıyla, AOİK'nin istenmeyen etkileri önlenecektir. Birinci basamakta hem tıbben hem de maliyet açısından AİK hedeflerine ulaşılması, toplumun refahı anlamında kritik bir öneme sahiptir(28,59).

Birinci basamak, koruyucu hekimlik anlayışı ve hastaların sorunlarının ayrışmamış aşamalarda karşılanması bakımından, AİK ilkelerini uygulamada yapılacak hataların bazılarının daha önceden tahmin edilebilir olması ve bu hatalara yönelik alınabilecek önlemler açısından önemlidir (28,61).

3.GEREÇ ve YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI

Bu çalışmada Denizli ili Pamukkale ilçesindeki aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerde akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyini belirlemek ve bununla ilişkili olabilecek faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN TİPİ

Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

ARAŞTIRMA İZİNİ

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 10.09.2019 tarih ve 15 sayılı karar ile çalışmanın yapılmasına etik açıdan sakınca olmadığı onaylanmıştır (EK 1). Araştırma için gerekli kurumsal izinler alınmıştır.

ARAŞTIRMANIN YERİ ve TARİHİ

Çalışma Denizli Pamukkale ilçesinde bulunan 4 Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) 14.11.2019-31.01.2020 tarihleri arasında başvuran hastalarda yapılmıştır.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini Denizli Pamukkale ilçesindeki aile sağlığı merkezine başvuran 18 yaş üstü yetişkinler oluşturmaktadır. Evreni temsil edecek örneklem büyüklüğü %80 güç, AİK prevalansı %50 kabul edilerek, yapılacak olan sapma payı $d=0,05$ olarak alındığında %95 güven düzeyinde 384 olarak hesaplanmıştır.

AİK prevalansı %50 kabul edilerek, yapılacak olan sapma payı $d=0.5$ olarak alındığında %95 güven düzeyinde çalışmaya 4 ASM rastgele olarak dahil edilmiştir. Pamukkale ilçesinden 35 ASM arasından SPSS programı ile

rastgele bir şekilde 4 ASM belirlenmiştir.ASM'lerdeki örneklem büyüklükleri, seçilen ASM'lere kayıtlı nüfus sayısı ile orantılı olarak hesaplanmıştır. Böylece seçilen 1.ASM'den 152 kişi, 2.ASM'den 128 kişi, 3.ASM'den 20 ve 4.ASM'den 85 kişi şeklinde belirlenmiştir.

ARAŞTIRMADAN DIŞLAMA KRİTERLERİ

Araştırmaya;

- Türkçe bilmeyen,
- 18 yaş altı bireyler,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen kişiler dahil edilmemiştir.

ARAŞTIRMANIN DEĞİŞKENLERİ

Araştırmanın Bağımlı Değişkenleri

Araştırma grubunun;

- Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi,
- Akılcı ilaç kullanımı davranışı(hekimin önerdiği süreden önce ilacı bırakma durumu, hekimin önerdiği dozdan farklı dozda ilaç kullanma durumu, hekime danışmadan ilaç kullanma durumları)

Araştırmanın Bağımsız Değişkenleri

Araştırma grubunun;

- Yaşı,
- Cinsiyeti,
- Öğrenim durumu,
- Algılanan gelir düzeyi,
- Sosyal güvence varlığı,
- Kronik hastalık varlığı ,
- Hastalandıklarında ilk başvurdukları kuruluş ve ilk ne yaptıkları,

- İlaç kullanım alışkanlıkları (ilaçların son kullanım tarihlerine bakma, son kullanma tarihi geçmiş ilaçları kullanıp kullanmama durumları),
- İlaç kullanırken talimatlara uyma durumları,
- İlaçları saklarken talimatlara uyup uymama durumları,
- Hekimin önerdiği süreden önce ilacı bırakma durumu,
- Hekimin önerdiği dozdan farklı dozda ilaç kullanma durumu,
- Hekime danışmadan ilaç kullanma durumları,
- Yakınlarının tavsiyeleriyle ilaç kullanıp kullanmama durumları),
- İlacı bağı yan etki yaşama varlığı, bu yan etki sonucunda başvuru yeri,
- Evde bulunsun diye ilaç reçete ettirme durumları,
- Evde bulunun ilaç kutu sayısı,
- Evde bulunup kullanılmayan ilaç varlığı oluşturmaktadır.

VERİLERİN TOPLAMA ARACI

Anket

Çalışmaya katılanlara literatür taranarak oluşturulan anket formu uygulanmıştır. Anket formu 43 soru içermektedir (EK). 5 soru ile çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri, 11 soru ile ilaç kullanım özellikleri, 2 soruyla ilaç yan etkileri, 4 soru ile kronik hastalık durumları ve hastalandıklarında ne yaptıkları sorgulanmıştır. 21 soruluk Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği kullanılmıştır.

Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği, Demirtaş ve arkadaşları tarafından geliştirilen, bireylerin akılcı ilaç kullanımı bilgi durumunu gösteren 21 soruluk bir ölçektir. Her önermenin doğru, yanlış ve bilmiyorum seçenekleri vardır. Ölçek 10 doğru, 11 yanlış önermeden oluşmaktadır. Doğru cevap 2 puan, bilmiyorum 1 puan, yanlış cevap 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekten en fazla 42 puan en az 0 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puan arttıkça bilgi seviyesi artmaktadır. Ölçeğin kesme noktası 35'tir. 35 puan ve üzeri alan

kişilerin akılcı ilaç kullanımını bilgi düzeyi yeterli kabul edilmiştir. Ölçeğin Cronbach alfası 0,79'dur (89).

Verilerin Toplanması

Araştırmayı yapan hekim anket formunu yüz yüze görüşme ile uygulamıştır.

VERİLERİN ANALİZİ

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS-17 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler kategorik değişkenler için sayı, yüzde; sürekli değişkenler için aritmetik ortalama ve standart sapma ile verilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Tüm incelemelerde $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

A-SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLERLE İLGİLİ BULGULAR

Araştırmada grubunda 385 kişi bulunmaktadır. Bu kişilerin %59,1'i kadındır; %19,5'i 25-34 yaş arasında, %18,7'si 65 yaş ve üstündedir, yaş ortalaması 46,63±16,31'dir; %50,6'sı lise ve üzeri öğrenim düzeyine sahiptir; %46,7'si gelirinin giderine eşit olduğunu belirtmiştir; % 96,1'inin sosyal güvencesi mevcuttur (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özellikleri

Değişkenler	N	%
Yaş		
24 yaş ve altı	35	9,1
25-34 yaş	75	19,5
35-44 yaş	71	18,4
45-54 yaş	69	17,9
55-64 yaş	72	18,7
65 yaş ve üst	63	16,4
Toplam	385	100,0
Ort± SS= 46,63±16,31 Ortanca= 46,0 Alt-Üst Sınır= 18-82		
Cinsiyet		
Kadın	227	59,1
Erkek	157	40,9
Toplam	384	100,0
Öğrenim durumu		
Okuryazar değil	16	4,2
Okuryazar	8	2,1
İlkokul mezunu	166	43,1
Ortaokul mezunu	53	13,8
Lise mezunu	70	18,1
Yükseköğretim mezunu	72	18,7
Toplam	385	100,0
Algılanan gelir düzeyi		
Gelirim giderimden az	83	21,6
Gelirim giderime eşit	180	46,7
Gelirim giderimden fazla	122	31,7
Toplam	385	100,0
Sosyal güvence durumu		
Var	370	96,1
Yok	15	3,9
Toplam	385	100,0

Araştırma grubunun %36,6'sı kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir ve %37,5'i düzenli bir ilaç kullanmaktadır. Araştırma grubunun %36,4'ü hastalandığında ilk olarak hastalığın geçmesini beklediğini belirtirken, %31,4'ü hekime başvurduğunu ifade etmiştir. Hastalandığında ilk başvurdukları sağlık kurumu, ASM olan kişilerin oranı %62,8 iken hastalandığında ilk başvurdukları sağlık kurumu devlet hastanesi olanların oranı %19,5'tir. Araştırma grubundakilerin sağlık durumları ve hasta olduklarıdaki alışkanlıkları ile ilgili özellikler Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Araştırma grubundakilerin sağlık durumlarına ve hasta olduklarıdaki alışkanlıklarına ilişkin bazı özellikleri

Değişkenler	N	%
Kronik hastalık varlığı		
Var	141	36,6
Yok	244	63,4
Toplam	385	100,0
Düzenli ilaç kullanımı		
Evet	144	37,5
Hayır	240	62,5
Toplam	384	100,0
Hastalandıklarında ilk yapılan		
Hekime başvurma	121	31,4
Evdeki ilaçları kullanma	120	31,2
Yakın tavsiyesi ile ilaç kullanma	2	0,5
Daha önce kullandığı ilacı eczaneden alma	2	0,5
Hastalığın geçmesini bekleme	140	36,4
Toplam	385	100,0
Hastalandıklarında ilk başvuru olan sağlık kurumu		
Aile Sağlığı Merkezi	241	62,8
Devlet Hastanesi	75	19,5
Üniversite Hastanesi	38	9,9
Özel Hastane	27	7,0
Özel Poliklinik	2	0,5
Muayenehane-özel hekim	1	0,3
Toplam	384	100,0

B-İLAÇ KULLANIMINA İLİŞKİN TUTUM VE DAVRANIŞLAR

Tablo 4'te araştırma grubunun ilaç kullanımına ilişkin bazı özellikleri gösterilmekte olup; %63,4'ü doktora danışmadan ilaç kullandığını belirtmiştir. Yüzde 19,0'ı yakın tavsiyesiyle ilaç kullanırken, %71,9'u ilaç kullanmadan

önce kullanma talimatını okumaktadır. Çalışma grubunun %60,5'i daha önce ilaçları hekimin önerdiği süreden önce bıraktığını belirtirken, %13,2'si daha önce ilaçları hekimin önerdiği dozda kullanmadığını ifade etmiştir; %80,3'ü ilaç kullanmadan önce son kullanma tarihine baktığını belirtmiştir. Araştırma grubunun %95,3'ü son kullanma tarihi geçmiş ilaç kullanmadığını belirtirken, %4,4'ü son kullanma tarihi geçmiş ilaç kullandığını belirtmiştir.

Tablo 4. Araştırma grubunun ilaç kullanımına ilişkin bazı özellikleri

Değişkenler	n	%
Doktora danışmadan ilaç kullanma		
Evet	244	63,4
Hayır	141	36,6
Toplam	385	100,0
Yakın tavsiyesi ile ilaç kullanma		
Evet	73	19,0
Hayır	312	81,0
Toplam	385	100,0
İlaç kullanmadan önce kullanma talimatını okuma		
Evet	277	71,9
Hayır	108	28,1
Toplam	385	100,0
Daha önce ilaçları hekimin önerdiği süreden önce bırakma		
Evet	233	60,5
Hayır	152	39,5
Toplam	385	100,0
Daha önce ilaçları hekimin önerdiği dozda kullanma		
Evet	334	86,8
Hayır	51	13,2
Toplam	385	100,0
İlaç kullanmadan son kullanma tarihine(SKT) bakma		
Evet	309	80,3
Hayır	76	19,7
Toplam	385	100,0
SKT geçmiş ilaç kullanma		
Evet	17	4,4
Hayır	367	95,3
Bazen	1	0,3
Toplam	385	100,0

Araştırma grubunun ilaç yan etkisi yaşama ile ilgili özellikleri Tablo 5'te verilmiştir. Araştırmaya katılanların %27,0'si ilaca bağlı yan etki yaşadığını belirtmiştir. İlaça bağlı yan etki yaşadığında hekime başvurduğunu belirtenlerin oranı %76,0 iken ilaca bağlı yan etki yaşadığında eczacıya başvuranların oranı %3,0'tür.

Tablo 5. Araştırma grubunun ilaç yan etkisi yaşama ile ilgili özellikleri

Değişkenler	n	%
İlaça bağlı yan etki		
Yaşamış	104	27,0
Yaşamamış	281	73,0
Toplam	385	100,0
İlaça bağlı yan etki yaşadığında başvuru alan kişi		
Hekim	76	76,0
Eczacı	3	3,0
Diğer (Kendisi kesmiş, komşu)	21	21,0
Toplam	100	100,0

Araştırma grubunun %56,6'sı evde bulunsun diye ilaç yazdığını belirtmiştir. Yüzde 89,1'i daha önce edindiği ve evde kullanılmayan veya yedek amaçlı sakladığı ilaç bulundurduğunu belirtmiştir. Çalışma grubunun %38,2'si evinde 1-5 kutu ilaç bulunduğunu belirtirken; %32,7'si evinde 10 kutudan fazla ilaç bulunduğunu belirtmiştir. Kişilerin %63,4'ü ilaçların kullanma talimatını okuduğunu ve ilacın saklama koşullarına dikkat ettiğini ifade etmiştir. Araştırma grubunun evde ilaç bulundurma ve saklama ile ilgili özellikleri Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Araştırma grubunun evde ilaç bulundurma ve saklama ile ilgili özellikleri

Değişkenler	n	%
Evde bulunsun diye ilaç yazdırma		
Evet	218	56,6
Hayır	167	43,4
Toplam	385	100,0
Evde kullanılmayan ve/veya yedek amaçlı saklanan ilaç		
Evet	343	89,1
Hayır	42	10,9
Toplam	385	100,0
Evde bulunan yaklaşık ilaç kutusu varlığı		
Yok	31	8,1
1-5 kutu	147	38,2
6-10 kutu	81	21,0
10 kutudan fazla	126	32,7
Toplam	385	100,0
İlaçların kullanma talimatını okuyup saklama koşullarına dikkat etme		
Okumuyor	134	34,8
Okumuş dikkat ediyor	244	63,4
Okumuş dikkat etmiyor	7	1,8
Toplam	385	100,0

C-AKILCI İLAÇ KULLANIMINA İLİŞKİN BULGULAR

Araştırma grubundaki kişilerin Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği'ne verdikleri yanıtlar Tablo 7'de gösterilmektedir. Araştırma grubunun %59,0'u "Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir." önermesinin doğru olduğunu belirtirken, %33,7'si "Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur." Önermesinin doğru olduğunu belirtmiştir. Araştırma grubunun %42,9'u "Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz." önermesinin ve %24,7'si "Daha pahalı olan ilaç daha etkilidir." önermesinin doğru olduğunu belirtmiştir.

Tablo 7. Araştırma grubundaki kişilerin Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı

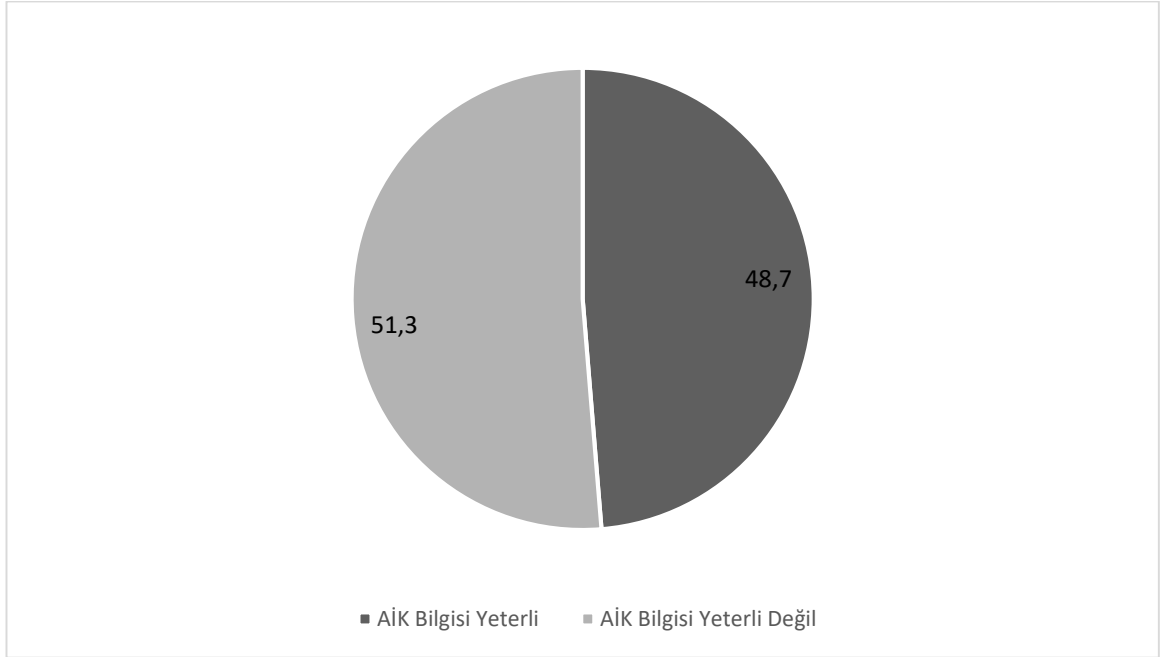
Değişkenler	Doğru		Yanlış		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
1. Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.	337	87,5	44	11,5	4	1,0
2. Benzer şikayetleri olan bir yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.	33	8,6	348	90,4	4	1,0
3. Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.	379	98,4	6	1,6	-	-
4. İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.	340	88,3	36	9,4	9	2,3
5. Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.	28	7,3	318	82,6	39	10,1
6. İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.	24	6,3	357	92,7	4	1,0
7. İlaçların aç veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir.	361	93,8	18	4,7	6	1,5
8. İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.	363	94,3	19	4,9	3	0,8
9. Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.	227	59,0	129	33,5	29	7,5
10. Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.	130	33,7	177	46,0	78	20,3
11. İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.	381	99,0	3	1,0	-	-
12. Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.	384	99,7	1	0,3	-	-
13. Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.	165	42,9	214	55,6	6	1,6
14. İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.	379	98,4	6	1,6	-	-
15. Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.	8	2,1	348	90,4	29	7,5
16. Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.	59	15,3	235	61,0	91	23,6
17. İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.	12	3,1	364	94,5	9	2,3
18. Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.	381	99,0	2	0,5	2	0,5
19. Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir	95	24,7	236	61,3	54	14,0
20. Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir	4	1,0	371	96,4	10	2,6
21. Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.	282	73,2	39	10,1	64	16,6

Araştırma grubunun Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği puan ortalaması 34,11 ± 3,82; ortancası 34,0'dır.(Tablo 8).

Tablo 8. Araştırma grubunun Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği puanı

Ölçek	Ort ± SS	Ortanca	1.-3. Çeyrek	Alt-Üst Sınır
	34,11 ± 3,82	34,0	32,0-37,0	20,0 – 40,0

Çalışmaya katılanların %51,3'ünün AİK kullanımı bilgisi düzeyinin yeterli olmadığı saptanmıştır. Araştırma grubunun AİK ölçeğine göre bilgisinin yeterli olma/olmama durumu Şekil 7'de gösterilmiştir.



Şekil 7. Araştırma grubunun Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğine göre bilgisinin yeterli olma/olmama durumu

Yaş ile AİK bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır; 65 yaş ve üstündeki kişilerde AİK bilgisi yeterli olanların oranı diğer gruplara göre düşüktür (p=0,016). Erkeklerde AİK bilgisi yeterli olmayanların oranı %56,4 olup, kadınlara göre daha yüksektir ancak bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,106). Ortaokul mezunu ve altı öğrenim düzeyinde olan kişilerde AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı

%42,2, lise ve üzeri öğrenim düzeyi olanlarda bu sıklık %58,9 olarak saptanmış olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,02). Gelirinin giderinden fazla olduğunu belirtenlerde AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı %64,5 olup diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur ve bu istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,001). Sosyal güvencesi olanlarda AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı %49,6 olup sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksektir ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,139) (Tablo 9).

Tablo 9. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre bilgisinin yeterli olma/olmama durumu

Değişkenler	AİK Bilgisi Yeterli n (%)	AİK Bilgisi Yeterli değil n (%)	Toplam n (%)	p
Yaş				
24 yaş ve altı	15 (42,9)	20 (57,1)	35 (100)	0,016
25-34 yaş	48 (64,0)	27 (36,0)	75 (100)	
35-44 yaş	30 (42,3)	42 (57,7)	71 (100)	
45-54 yaş	34 (50,0)	34 (50,0)	68 (100)	
55-64 yaş	38 (52,8)	34 (47,2)	72 (100)	
65 yaş ve üstü	22 (34,9)	41 (65,1)	63 (100)	
Cinsiyet				
Kadın	118 (52,0)	109 (48,0)	227 (100)	0,106
Erkek	68 (43,6)	88 (56,4)	156 (100)	
Öğrenim durumu				
Ortaokul mezunu ve altı	104 (42,8)	139 (57,2)	243 (100)	0,02
Lise mezunu ve üzeri	83 (58,9)	58 (41,1)	141 (100)	
Algılanan gelir düzeyi				
Gelirim giderimden az	28 (33,7)	55 (66,3)	83 (100)	<0,001
Gelirim giderime eşit	81 (45,0)	99 (55,0)	180 (100)	
Gelirim giderimden fazla	78 (64,5)	43 (35,5)	121 (100)	
Sosyal güvence durumu				
Var	183 (49,6)	186 (50,4)	369 (100)	0,139
Yok	4 (26,7)	11 (73,3)	15 (100)	

Kronik hastalığı olanlarda AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı daha düşük saptanmıştır (p=0,644). Düzenli ilaç kullananlarda AİKÖ bilgisi yeterli olanların sıklığı %47,6 olup, düzenli bir ilaç kullanmayanlara göre daha düşüktür (p=0,760). Hastalandıklarında ilk olarak hekime başvuranlarda AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı diğer gruplara göre daha fazla olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p=0,190). Hastalandıklarında ilk

başvurulan sağlık kurumu aile sağlığı merkezi olanlarda AİKÖ bilgisi yeterli olmayanların sıklığı diğer gruplara göre daha yüksek olmakla birlikte gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (p=0,240) (Tablo 10)

Tablo 10. Araştırma grubunda kronik hastalık varlığı ve hastalandıklarındaki bazı davranış biçimlerine göre Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek bilgisinin yeterli olma/olmama durumu

Değişkenler	AİK bilgisi Yeterli	AİK bilgisi Yeterli değil	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Kronik hastalık varlığı				
Var	66 (47,1)	74 (52,9)	140 (100)	0,644
Yok	121 (49,6)	123 (50,4)	244 (100)	
Düzenli ilaç kullanımı				
Evet	68 (47,6)	75 (52,4)	143 (100)	0,760
Hayır	118 (49,2)	122 (50,8)	240 (100)	
Hastalandıklarında ilk yapılan				
Hekime başvurma	65 (54,2)	55 (45,8)	120 (100)	0,190
Evdeki ilaçları kullanma	55 (45,8)	65 (54,2)	120 (100)	
Yakın tavsiyesi ile ilaç kullanma	-	2 (100)	2 (100)	
Daha önce kullandığı ilacı eczaneden alma	2 (100)	-	2 (100)	
Hastalığın geçmesini bekleme	65 (46,4)	75 (53,6)	140 (100)	
Hastalandıklarında ilk başvurulan sağlık kurumu				
Aile Sağlığı Merkezi	111 (46,1)	130 (53,9)	241 (100)	0,240
Devlet Hastanesi	35 (46,7)	40 (53,3)	75 (100)	
Üniversite Hastanesi	23 (62,2)	14 (37,8)	37 (100)	
Özel Hastane	14 (51,9)	13 (48,1)	27 (100)	
Özel Poliklinik	2 (100)	-	2 (100)	
Muayenehane-özel hekim	1 (100)	-	1 (100)	

Doktora danışmadan ilaç kullananlarda AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı daha düşüktür ve bu istatistiksel olarak da anlamlıdır (p=0,001). Yakın tavsiyesi ile ilaç kullanma ile AİK bilgisi düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmış olup; yakın tavsiyesi ile ilaç kullananlarda AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı daha düşüktür (p<0,001). İlaç kullanmadan önce kullanma talimatını okuyanlarda AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı ilaç kullanmadan önce kullanma talimatı okumayanlara göre daha fazla olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p<0,001). Daha önce ilaçları hekimin

önerdiği süreden önce bırakanlarda AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı, daha önce ilaçları hekimin önerdiği süreden önce bırakmayanlara göre daha düşük saptanmıştır. Bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Daha önce ilaçları hekimin önerdiği dozlarda kullanma ile AİK bilgisi düzeyi arasında anlamlı ilişki saptanmış olup; daha önce ilaçları hekimin önerdiği dozlarda kullananlarda AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı daha yüksektir ($p=0,027$).

Tablo 11. Araştırma grubunun ilaç kullanımına ilişkin bazı davranışlarına göre Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek bilgisinin yeterli olma/olmama durumu

Değişkenler	AİK bilgisi Yeterli	AİK bilgisi Yeterli değil	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Doktora danışmadan ilaç kullanma				
Evet	103 (42,4)	140 (57,6)	243 (100)	0,001
Hayır	84 (59,6)	57 (40,4)	141 (100)	
Yakın tavsiyesi ile ilaç kullanma				
Evet	21 (28,8)	52 (71,2)	73 (100)	<0,001
Hayır	166 (53,4)	145 (46,6)	311 (100)	
İlaç kullanmadan önce kullanma talimatı okuma				
Evet	156 (56,5)	120 (43,5)	276 (100)	<0,001
Hayır	31 (28,7)	77 (71,3)	108 (100)	
Daha önce ilaçları hekimin önerdiği süreden önce bırakma				
Evet	90 (38,8)	142 (61,2)	232 (100)	<0,001
Hayır	97 (63,8)	55 (36,2)	152 (100)	
Daha önce ilaçları hekimin önerdiği dozda kullanma				
Evet	170 (51,1)	163 (48,9)	333 (100)	0,027
Hayır	17 (33,3)	34 (66,7)	51 (100)	
İlaç kullanmadan son kullanma tarihine(SKT) bakma				
Evet	171 (55,5)	137 (44,5)	308 (100)	<0,001
Hayır	16 (21,1)	60 (78,9)	76 (100)	
SKT geçmiş ilaç kullanma				
Evet	2 (11,8)	15 (88,2)	17 (100)	0,002
Hayır	185 (50,5)	181 (49,5)	366 (100)	

Araştırmamızda ilaç kullanmadan önce son kullanma tarihine bakan kişilerde AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı %55,5, ilaç kullanmadan önce son kullanma tarihine bakmayan kişilerde AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı %21,1 olarak saptanmış olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0,001$). Son kullanma tarihi geçen ilaçları kullananlarda AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı %11,8 iken, son kullanma tarihi geçen ilacı kullanmayanlarda bu sıklık %50,5 saptanmış olup; istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,002$) (Tablo 11).

İlaça bağlı yan etki yaşayanlarda AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı %49,0 iken ilaca bağlı yan etki yaşamayanlarda %48,6 olarak saptanmış olup iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,935$). Araştırma grubumuzda yer alan kişiler ilaca bağlı yan etki yaşadıklarında en sıklıkla hekime başvurduklarını belirtmişlerdir ve onların da sadece %50,0'ının (38 kişi) AİK bilgisi yeterli bulunmuştur. Hekime başvuranlar ile eczacı ve diğerlerine başvuranlar arasında AİK bilgisi yeterli olması açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p=0,827$) (Tablo 12).

Tablo 12. Araştırma grubunun ilaç yan etkisi yaşama ile ilgili bazı özelliklerine göre Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği bilgilerinin yeterli olma/olmama durumu

Değişkenler	AİK bilgisi Yeterli n (%)	AİK bilgisi Yeterli değil n (%)	Toplam n (%)	P
İlaça bağlı yan etki yaşama				
Evet	51 (49,0)	53 (51,0)	104 (100)	0,935
Hayır	136 (48,6)	144 (51,4)	280 (100)	
İlaça yan etki yaşadığında başvuru alan kişi				
Hekim	38 (50,0)	38 (50,0)	76 (100)	0,827
Eczacı	2 (33,3)	1 (66,7)	3 (100)	
Diğer	10 (52,4)	11 (47,6)	21 (100)	
Toplam*	50(50,0)	50(50,0)	100(100)	

*Yan etki yaşayan 4 kişi bu soruya cevap vermemiştir.

Araştırma grubunda evde bulunsun diye ilaç yazdıran kişilerin %41,9'unun AİK bilgisi yeterli iken evde bulunsun diye ilaç yazdırmayan kişilerde bu sıklık %57,5 saptanmıştır. Evde bulunsun diye ilaç yazdırma davranışı ile AİKÖ bilgisi yetersiz olma durumu arasında istatistiksel olarak

anlamli bir ilişki vardir (p=0,003). Evde kullanılmayan veya yedek amaçli ilaç bulundurmamalarda AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı evde kullanılmayan veya yedek amaçli ilaç bulunduranlara göre daha yüksek (sırasıyla %61,9 ve %47,1) olup istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (p=0,099). Evde bulunan ilaç kutu sayısı arttıkça AİKÖ bilgisinin yeterli olanların oranı azalmaktadır. Evde bulundurulan ilaç kutu sayısı ile AİK bilgisinin yeterli olma durumu arasında istatistiksel olarak çok anlamlı bir ilişki vardir (p<0,001). İlaçların kullanma talimatını okuyup saklama koşullarına dikkat edenlerde AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı %57,2 olup diğer gruplara göre daha fazla bulunmuştur. İlaçların kullanma talimatını okuyup saklama koşullarına dikkat etme ile AİK bilgisinin yeterli olması arasında istatistiksel olarak çok anlamlı bir ilişki vardir(p<0,001) (Tablo 13).

Tablo 13. Araştırma grubunun evde ilaç bulundurma ve saklama ile ilgili özelliklerine göre Akılcı İlaç Kullanımı Ölçek bilgisinin yeterli olma/olmama durumu

Değişkenler	AİK bilgisi Yeterli	AİK bilgisi Yeterli değil	Toplam	P
	n (%)	n (%)	n (%)	
Evde bulunsun diye ilaç yazdırma				
Evet	91 (41,9)	126 (58,1)	217 (100)	0,003
Hayır	96 (57,5)	71 (42,5)	167 (100)	
Evde kullanılmayan ve/veya yedek amaçli saklanan ilaç				
Evet	161 (47,1)	181 (52,9)	342(100)	0,099
Hayır	26 (61,9)	16(38,1)	42(100)	
Evde bulunan yaklaşık ilaç kutusu varlığı				
Yok	20 (64,5)	11 (35,5)	31 (100)	<0,001
1-5 kutu	87 (59,6)	59 (40,4)	146 (100)	
6-10 kutu	32 (39,5)	49(60,5)	81 (100)	
10 kutudan fazla	48 (38,1)	78 (61,9)	126 (100)	
İlaçların kullanma talimatını okuyup saklama koşullarına dikkat etme				
Okumuyor	46 (34,3)	88 (65,7)	134 (100)	<0,001
Okumuş dikkat ediyor	139 (57,2)	104 (42,8)	243 (100)	
Okumuş dikkat etmiyor	2 (28,6)	5 (71,4)	7 (100)	

Araştırma grubunda 24 yaş ve altında olan kişilerin %77,1'i, 65 yaş ve üstünde olanların ise %42,9'u doktora danışmadan ilaç kullandığını belirtmiş olup yaş ile hekime danışmadan ilaç kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p=0,003$). Kadınların erkeklere göre hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı daha yüksek bulunmuştur ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,771$). Ortaokul mezunu ve altı olanlarda hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı %60,1, lise mezunu ve üzeri olanlarda ise bu sıklık %69,0 olarak belirlenmiştir. Öğrenim durumu ile hekime danışmadan ilaç kullanma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,079$).

Tablo 14. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre hekime danışmadan ilaç kullanma durumu

Değişkenler	Hekime Danışmadan İlaç Kullanma		Toplam n (%)	P
	Evet n (%)	Hayır n (%)		
Yaş				
24 yaş ve altı	27 (77,1)	8 (22,9)	35 (100)	0,003
25-34 yaş	49 (65,3)	26 (34,7)	75 (100)	
35-44 yaş	53 (74,6)	18 (25,4)	71 (100)	
45-54 yaş	43 (62,3)	26 (37,7)	69 (100)	
55-64 yaş	45 (62,5)	27 (37,5)	72 (100)	
65 yaş ve üstü	27 (42,9)	36 (57,1)	63 (100)	
Cinsiyet				
Kadın	145 (63,9)	82 (36,1)	227 (100)	0,771
Erkek	98 (62,4)	59 (37,6)	157 (100)	
Öğrenim durumu				
Ortaokul mezunu ve altı	146 (60,1)	97 (39,9)	243 (100)	0,079
Lise mezunu ve üzeri	98 (69,0)	44 (31,0)	141 (100)	
Algılanan gelir düzeyi				
Gelirim giderimden az	51 (61,4)	32 (38,6)	83 (100)	0,442
Gelirim giderime eşit	120 (66,7)	60 (33,3)	180 (100)	
Gelirim giderimden fazla	73 (59,8)	49 (40,2)	122 (100)	
Sosyal güvence durumu				
Var	236 (63,8)	134 (36,2)	375 (100)	0,582
Yok	8 (53,3)	7 (46,7)	15 (100)	
Kronik hastalık varlığı				
Var	77 (54,6)	64 (45,4)	141 (100)	0,007
Yok	167 (68,4)	77 (31,6)	244 (100)	

Hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı gelirin giderinden az olduğunu belirtenlerde %61,4, gelirin giderine eşit olduğunu belirtenlerde

%66,7 ve geliri giderinden fazla olduğunu belirtenlerde %59,8 bulunmuş olup gelir durumu ile hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,442). Sosyal güvencesi olanlarda hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı %63,8, sosyal güvencesi olmayanlarda hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı %53,3 olup istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,582). Kronik hastalık varlığı ile hekime danışmadan ilaç kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmış olup (p=0,007); kronik hastalığı olanlarda hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı %54,6, kronik hastalığı olmayanlarda hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı %68,4'tür (Tablo 14).

Araştırma grubunda yer alan 24 yaş ve altı kişilerin %65,7'si, 65 yaş üstündekilerin %54,0'ü hekimin önerdiği süreden önce ilacı bıraktığını belirtirken yaş ile hekimin önerdiği süreden önce ilaç bırakma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,114). Kadınların %60,8'i, erkeklerin %60,5'i, hekimin önerdiği süreden önce ilaç bıraktığını belirtmiş olup istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görülmüştür (p=0,955). Araştırma grubundaki ortaokul mezunu ve daha az eğitimi olan kişilerde hekimin önerdiği süreden önce ilaç bırakma sıklığı lise mezunu ve daha fazla eğitimi olanlardan yüksek bulunmuştur(sırasıyla %62,9 ve %57,0). Ancak eğitim düzeyi ile hekimin önerdiği süreden önce ilaç bırakma davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p= 0,286). Algılanan gelir düzeyi ile hekimin önerdiği süreden öce ilaç bırakma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Gelirinin giderinden az olduğunu belirtenlerde hekimin önerdiği süreden önce ilaç bırakma sıklığı %75,9, gelirinin giderinden fazla olduğunu belirtenlerde ise bu sıklık %53,3 olarak belirlenmiştir (p=0,004). Sosyal güvence ile hekimin önerdiği süreden önce ilaç bırakma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamış olup; sosyal güvencesi olanlarda hekimin önerdiği süreden önce ilaç bırakma sıklığı %60,5', sosyal güvencesi olmayanlarda %60,0'ı olarak belirlenmiştir (p=0,967). Kronik hastalığı olmayanlarda hekimin önerdiği süreden önce ilaç bırakma sıklığı kronik hastalığı olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Ancak

kronik hastalık ile hekimin önerdiği süreden ilaç bırakma davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,248$) (Tablo 15).

Tablo 15. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre hekimin önerdiği süreden önce ilaç bırakma durumu

Değişkenler	Hekimin Önerdiği Süreden Önce İlaç Bırakma		Toplam n (%)	P
	Ev n (%)	Hayır n (%)		
Yaş				
24 yaş ve altı	23 (65,7)	12 (34,3)	35 (100)	0,114
25-34 yaş	47 (62,7)	28 (37,3)	75 (100)	
35-44 yaş	52 (73,2)	19 (26,8)	71 (100)	
45-54 yaş	36 (52,2)	33 (47,8)	69 (100)	
55-64 yaş	41 (56,9)	31 (43,1)	72 (100)	
65 yaş ve üstü	34 (54,0)	29 (46,0)	63 (100)	
Cinsiyet				
Kadın	138 (60,8)	89 (39,2)	227 (100)	0,955
Erkek	95 (60,5)	62 (39,5)	157 (100)	
Öğrenim durumu				
Ortaokul mezunu ve altı	152 (62,9)	91 (37,4)	243 (100)	0,286
Lise mezunu ve üzeri	81 (57,0)	61 (43,0)	142 (100)	
Algılanan gelir düzeyi				
Gelirim giderimden az	63 (75,9)	20 (24,1)	83 (100)	0,004
Gelirim giderime eşit	105 (58,3)	75 (41,7)	180 (100)	
Gelirim giderimden fazla	65 (53,3)	57 (46,7)	122 (100)	
Sosyal güvence durumu				
Var	224 (60,5)	146 (39,5)	370(100)	0,967
Yok	9 (60,0)	6 (40,0)	15 (100)	
Kronik hastalık varlığı				
Var	80 (56,7)	61 (43,3)	141 (100)	0,248
Yok	153 (62,7)	91 (37,3)	244 (100)	

Araştırma grubunda 24 yaş ve altında olan kişilerin %80'i, 65 yaş ve üstünde olanların %88,9'u hekimin önerdiği dozda ilaç kullandığını belirtmiş olup yaş ile hekime danışmadan ilaç kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p=0,553$). Kadınların erkeklere göre hekimin önerdiği dozda ilaç kullanma sıklığı daha düşük bulunmuştur ancak cinsiyet ile hekimin önerdiği dozda ilaç kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,571$). Ortaokul mezunu ve altı olanlarda hekimin önerdiği dozda ilaç kullanma sıklığı %86,4, lise mezunu ve üzeri olanlarda ise bu oran %87,3 olarak belirlenmiştir. Öğrenim durumu ve hekimin önerdiği dozda

ilaç kullanma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (p=0,923)(Tablo 16).

Tablo 16. Araştırma grubunun bazı sosyodemografik özelliklerine göre hekimin önerdiği dozda ilaç kullanma durumu

Değişkenler	Hekimin Önerdiği Dozda İlaç Kullanma		Toplam n (%)	P
	Ev n (%)	Hayır n (%)		
Yaş				
24 yaş ve altı	28 (80,0)	7 (20,0)	35 (100)	0,553
25-34 yaş	63 (84,0)	12 (16,0)	75 (100)	
35-44 yaş	60 (84,5)	11 (15,5)	71 (100)	
45-54 yaş	63 (91,3)	6 (8,7)	69 (100)	
55-64 yaş	64 (88,9)	8 (11,1)	72 (100)	
65 yaş ve üstü	56 (88,9)	7 (11,1)	63 (100)	
Cinsiyet				
Kadın	195 (85,9)	33 (14,1)	228 (100)	0,571
Erkek	138 (87,9)	19 (12,1)	157 (100)	
Öğrenim durumu				
Ortaokul mezunu ve altı	210 (86,4)	33 (13,6)	243 (100)	0,923
Lise mezunu ve üzeri	124 (87,3)	18 (13,2)	142 (100)	
Algılanan gelir düzeyi				
Gelirim giderimden az	72 (86,7)	11 (13,3)	83 (100)	0,582
Gelirim giderime eşit	151 (83,9)	29 (16,1)	180 (100)	
Gelirim giderimden fazla	111 (91,0)	11 (9,0)	122 (100)	
Sosyal güvence durumu				
Var	322 (87,0)	48 (13,0)	370 (100)	0,690
Yok	12 (80,0)	3 (20,0)	15 (100)	
Kronik hastalık varlığı				
Var	126 (89,4)	15 (10,6)	141 (100)	0,321
Yok	208 (85,2)	36 (14,8)	244 (100)	

Hekimin önerdiği dozda ilaç kullanma sıklığı gelirin giderinden az olduğunu belirtenlerde %86,7, gelirin giderine eşit olduğunu belirtenlerde %83,9 ve geliri giderinden fazla olduğunu belirtenlerde %91,0 saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,582). Sosyal güvencesi olanlarda hekimin önerdiği dozda ilaç kullanma sıklığı %63,8, sosyal güvencesi olmayanlarda hekimin önerdiği dozda ilaç kullanma sıklığı %53,3 olup istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (p=0,690). Kronik hastalık varlığı ile hekimin önerdiği dozda ilaç kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamış olup (p=0,321); kronik hastalığı olanlarda hekimin önerdiği dozda ilaç kullanma sıklığı %89,4, kronik hastalığı

olmayanlarda hekimin önerdiği dozda ilaç kullanma sıklığı %85 2'dir (Tablo 16).

5.TARTIŞMA

Çalışmamızda, birinci basamağa başvuran 18 yaş üstü kişilerde AİK bilgisi ve ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçladık. Denizli İli Pamukkale İlçesinde basit rastgele yöntemle belirlediğimiz 4 Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18 yaş üstü kişilerde (385 kişi) AİK bilgisi yeterli olanların sıklığını %48,7, AİK bilgisi yeterli olmayanların sıklığını %51,3 olarak belirledik. Bu bulgumuz literatür ile uyumludur.

Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (62,63). Özyiğit ve arkadaşlarının çalışmasında araştırma grubunun %76,3'ünün AİK davranışı göstermediği, Haney ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bu durum, araştırma grubunun %62,3'ünün ilaç alma alışkanlığında 'sorun var' şeklinde belirtilmiştir(64,65).

Sharma ve arkadaşları tarafından 2016 yılında 20 yaş üstü yetişkinlerle yapılan bir çalışmada araştırma grubunun ilaçlar hakkındaki bilgi düzeyleri incelenmiş olup; %46'sının bilgi düzeyinin yeterli olmadığı bulunmuştur(66). Nijerya'da yapılan bir çalışmada ise araştırma grubunun yaklaşık yarısının ilaç bilgi düzeyinin yeterli olmadığı saptanmıştır (67).

Araştırma grubumuzda yer alan kişiler hastalandıklarında ilk ne yaptıkları sorusuna en sıklıkla hastalıklarının geçmesini beklediklerini (%36,4) belirtmişlerdir; bunu 'hekime başvururum' (%31,4) ve 'evdeki ilaçları kullanırım' (%31,2) yanıtları izlemiştir. Manisa'da akılcı ilaç kullanımını değerlendiren bir çalışma sonucunda ise kişilerin hastalandıklarında en sık (%54,4) hekime başvurduklarını, daha az sıklıkla hastalığın geçmesini beklediklerini (%20,2) ve evdeki ilaçları kullandıkları (%17,8) bulunmuştur(62). Bu durum Manisa'da yapılan çalışmada araştırma grubunun eğitim durumunun daha yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir. 2017 yılında Ahi Evran Üniversitesi'ne başvuranlarda yapılan başka bir çalışmada ise araştırma grubunun %57,7'sinin evdeki ilaçları kullandığı, %35,7'nin ise hekime başvurduğu görülmüştür (16). Çalışma gruplarının sağlık hizmetlerine

erişim olanaklarının farklı olması, çalışmaların yapılma tarihlerinin farklı olması ve örneklem seçimindeki farklılıklar çalışmaların sonuçları arasındaki farklılığın nedeni olabilir.

Araştırma grubumuzda yer alan kişiler, hastalandıkları zaman hekime gitmeye karar verdiklerinde en sık (%62,8) ASM'lere gittiklerini belirtmişlerdir. Bunu devlet hastaneleri (%19,5) ve üniversite hastaneleri (%9,9) izlemiştir. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, hastaların ilk başvurdukları yerin ASM'ler olduğu gösterilmiştir (62,68). Bu nedenle birinci basamakta reçete edilen ilaçların kullanımının doğru bir şekilde anlatılması ve kişilerin akılcı ilaç kullanım bilgisi büyük bir önem taşımaktadır.

Araştırma grubumuzdaki kişilerin hekime danışmadan ilaç kullanım oranı yüksektir (%63,4) ve bu oran ülkemizde bu konuda yapılmış olan diğer çalışmalara benzerdir (16,62,69,70,71). Ancak yurt dışında yapılan çalışmalar ile kıyaslandığında farklı sonuçlar (daha yüksek, daha düşük oranlar) görülmektedir (72,73,74). Bu sonuçlar örneklem grubu seçimindeki farklılıklardan ve eğitim düzeyindeki farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Araştırma grubumuzdaki kişilerin %19,0'u yakınlarının tavsiyesiyle ilaç kullandıklarını belirtmiştir. Mensah ve arkadaşlarının Etiyopya'da 2019 yılında yaptığı araştırmada arkadaş ve yakın tavsiyesi ile ilaç kullanma sıklığı %32,7 olarak bulunmuştur(75). Mamo ve arkadaşlarının Etiyopya'da 2017 yılında yapılan çalışmada ise arkadaş ve komşu tavsiyesi ile ilaç kullanma sıklığı 18,9 olarak bulunmuştur(76).

Araştırmamıza benzer şekilde Ankara'da 2016 yılında yapılan bir çalışmada kişilerin %19,8'i yakınlarının tavsiyesiyle ilaç kullandıklarını belirtmiştir (71). Adana'da 2010 yılında 1111 kişi üzerinde telefonla aranarak yapılan anket çalışmasında çalışma grubunun %7,9'u daha önce yakınlarının tavsiyesiyle ilaç kullandığını belirtmiştir(68). Çukurova Üniversitesi'ne başvuran kişilerde 2012 yılında yapılan çalışmada ise araştırma grubunun %14,8'inin yakınları tavsiyesi ile ilaç kullandığını saptamıştır (77).

Araştırma grubumuzun %71,9'u ilaç kullanmadan önce kullanma talimatını okuduklarını belirtmiştir. Hatipoğlu ve Özyurt tarafından yapılan çalışmada, araştırma grubunun %66,7'si, Özyiğit ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada çalışma grubunun %62,9'u, Büyükturan ve arkadaşlarının

üniversite hastanesine başvuranlarda yaptıkları çalışmada ise araştırma grubunun %63,5'i ilaç kullanmadan önce kullanma talimatını okuduklarını belirtmiştir (16,62,64). Türkiye'de ilaç kullanma talimatının okunmasıyla ilgili farklı zamanda yapılan çalışmalarda hastaların eğilimlerinin oldukça değişkenlik gösterdiği ve ilaçların kullanma talimatının okunma oranının genellikle yüksek olduğu söylenebilir.

Lee ve arkadaşları tarafından Tayvan'da 2017 yılında yapılan araştırma sonucunda kişilerin %53,6'sı ilacın üzerindeki ilaç kullanma talimatını okuduklarını belirtmiştir (78). Lei ve arkadaşları tarafından Çin'de yapılan bir çalışmada ise araştırma grubunun %79,5'inin ilaç kullanma talimatlarını okudukları bulunmuştur (79). Tesfamariam ve arkadaşlarının eczanelere başvuran 587 kişiyle yaptığı çalışmada araştırma grubunun %34,8'i ilaç kullanma talimatını her zaman okuduklarını belirtirken, %31,3 ilaç kullanma talimatını hiçbir zaman okumadığını belirtmiştir(80).

Araştırmamızda yer alan kişilerin %60,5'i ilaçları hekimin önerdiği süreden önce bıraktıklarını belirtmiştir. Filho ve arkadaşlarınının 6014 kişi ile Brezilya'da 50 yaş ve üzeri bireylerde yaptıkları çalışmada çalışma grubunun %10,6'sı son 30 gün içinde hekimin önerdiği süreden önce ilacını bıraktığını belirtmiştir (81). Bizim çalışmamızda hekimin önerdiği süreden önce ilacını bırakma sıklığının daha yüksek olmasının nedeni örneklem grubumuzun daha genç olması olabilir. Yaş ilerledikçe kronik hastalıkların görülme sıklığı artmakta, kişiler hekime daha sık başvurmakta ve hekimin önerilerini daha çok dinlemektedir.

İstanbul'da 479 kişi ile yapılan çalışmada araştırma grubunun %51,4'ü, Hatipoğlu ve Özyurt'un çalışmasında grubun %70,5'i, Selçuk Üniversitesi'nde 141 kişi ile yapılan bir çalışmada ise araştırma grubunun %77,3'ü, İstanbul'da ASM'ye başvuran hastalarda yapılan başka bir çalışmada ise grubun %32,2'si, Muğla'da yapılan başka bir çalışmada ise araştırma grubunun %65,8'i ilaçları hekimin önerdiği süreden önce bıraktıklarını belirtmiştir(16,62,70,82,83). Ülkemizde yapılan çalışmalarda bizim çalışmamıza benzer veya farklı sonuçlar bulunmuştur. Bu durumun nedeni çalışma gruplarınının eğitim düzeyi ve sağlık hizmetlerine ulaşmasındaki farklılıklar olabilir.

Araştırmamız, örneklem grubunda yer alan kişilerin %13,2'sinin ilaçlarını hekimlerinin önerdiği dozda kullanmadıklarını göstermiştir. Eskişehir'de 768 kişi ile yapılan bir çalışma, araştırma grubunun %14,3'ünün ilacını hekimin önerdiği miktardan farklı kullandığını belirlerken, Ankara'da 317 kişi ile yapılan başka bir çalışmada kişilerin %20,5'inin, Selçuk Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada ise çalışma grubunun %26,2'sinin, İstanbul'da yapılan başka bir çalışmada ise grubun %10,4'ünün ilacını hekimin önerdiği miktardan farklı kullandığını göstermiştir (70,71,82,84). Guedata ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmanın sonucunda ise araştırma grubunun %74,8'inin kullandığı ilacın dozunu ve ne kadar süre kullanacağını bildiğini göstermiştir(85).

Çalışmamızın sonucunda araştırma grubunda yer alan kişilerin %19,7'sinin ilaç kullanmadan önce ilacın son kullanma tarihine (SKT) bakmadıkları saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda SKT bakmama oranları bizim çalışmamıza yakın bulunmuştur(16,71,77,86). Eritre'de yapılan bir çalışmada ise çalışma grubunun %26,1'inin ilacın son kullanma tarihine bakmadıkları bulunmuştur(80). Jember ve arkadaşları tarafından Etiyopya'da 2017 yılında yapılan bir çalışmada kişilerin %56,8'inin ilaç kullanmadan önce ilacın son kullanma tarihine bakmadıkları saptanmıştır(73). Etiyopya'da bu oranın bizim çalışmamızdan daha yüksek olmasının sebebi eğitim düzeyinin düşük olması ve Etiyopya'da sağlık hizmetlerine erişimdeki engellerden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda araştırma grubunun %95,3'ünün daha önce SKT geçmiş bir ilaç kullanmadıkları görülmüştür. Luiza ve arkadaşları tarafından Brezilya'da yapılan uygunsuz ilaç kullanımı ve ilişkili faktörleri değerlendiren bir çalışmada araştırma grubunun %4,6'sının daha önce SKT geçmiş bir ilaç kullandığını saptamışlardır (87). Bu sonuç bizim çalışmamızla uyumludur.

Çalışmamızda araştırma grubunun %56,6'sı daha önceden evde bulunsun diye ilaç yazdırdıkları gösterilmiştir. Adana'da yapılan bir çalışmada evde bulunsun diye ilaç yazdırma sıklığı %24,8 olarak belirlenirken, Büyükturan ve arkadaşları bu oranı %35,8, Karataş ve arkadaşları %34,4 olarak bulmuştur (16,68,77). Bizim çalışmamızla bu

çalışmalar arasındaki farkın nedeni anketlerin uygulanma şekli ve çalışmanın yapıldığı sağlık kurumundan kaynaklanıyor olabilir.

Çalışma sonuçlarımıza göre araştırma grubunun %89,1'i evlerinde kullanılmayan artmış veya yedek amaçlı saklanan ilaç/ilaçlar olduğunu belirtmiştir. Araştırma grubunun yaklaşık üçte biri (%32,7) evlerinde 10 kutudan fazla ilaç bulunduğunu belirtmiştir. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (62,82). Araştırma grubumuzun yarısından fazlasının 45 yaş ve üzerinde olması ve üçte birinden fazlasının kronik bir hastalığının olması evde ilaç bulundurma nedeni olabilir.

Ankara'da yapılan bir çalışmada ise araştırma grubunun %61,3'ü evinde artık ilaç bulundurduğunu belirtmiştir (50). Büyükturan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada araştırma grubuna 'Evinizde her yıl ortalama kaç kutu ilaç; kutusu bile açılmadan, son kullanım tarihi geçtiği için atılmaktadır?' sorusuna grubun %39,5'i 1-3 kutu ilaç atıldığını belirtirken, %21,2'si ise hiç ilaç atmadıklarını belirtmiştir (16).

İlaçların erken bırakılması veya düşük dozda kullanılması ilacın bitmemesine ve bu yüzden evde artık ilaçların kalmasına neden olabilmektedir. Ülkemizde yapılan birçok çalışmada evde artık ve/veya yedek amaçlı saklanan ilaç bulundurma oranları yüksek bulunmuştur (50,62,82). Bunun nedeni hastaların özellikle hafif geçireceklerini düşündükleri hastalıklarında evde hızlı bir şekilde ulaşabileceği ilaç bulunmasını istemeleri olabilir.

Çalışmamız, araştırma grubumuzda yer alan kişilerin %34,8'inin ilaçların kullanma talimatındaki saklama koşullarını okumadığını, %63,4'ünün ise kullanma talimatındaki saklama koşullarını okuyup dikkat ettiğini göstermektedir. Ülkemizde Manisa ve İstanbul'da yapılan iki çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (62,86).

Lee ve arkadaşları 2016 yılında yaptıkları araştırma sonucunda, araştırma grubunun yarısından fazlasının ilaçların kullanma talimatını okuduklarını, grubun üçte birinin ilacın tamamı bitene kadar ilacın kullanma talimatını saklamadıklarını saptamışlardır(78).

Araştırma grubumuzun AİK bilgisinin yeterli olma durumu ile yaşları karşılaştırıldığında 25-34 yaş arasında %64,0, 65 yaş ve üzerinde ise %34,9 oranında AİK bilgisinin yeterli olduğu görülmüştür ve gruplar arasındaki fark

istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,016$). Haney ve arkadaşlarının İzmir’de yaptığı çalışmada ise 64 yaş ve altında AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı %39,0 iken, 65 yaş ve üzerinde bu oran %43,8 olarak saptanmıştır ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (65).

Zheng ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada yaşın artması ilaç bilgi düzeyi düşük olma riskini artıran ($OR:1,94$ $p<0,001$) bağımsız risk faktörlerinden biri olduğu sonucuna varılmıştır (88).Yaş ilerledikçe kronik hastalıklardaki artışa paralel olarak kullanılan ilaç sayısı da artmaktadır. Bu nedenle ileri yaş grubunda AİK bilgi düzeyi daha önemlidir. Ancak çalışmalar gösteriyor ki yaş ilerledikçe akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyi azalmaktadır. Genç bireylerin eğitim düzeyinin daha yüksek olması AİK bilgi düzeylerinin yüksek olmasına, yaşı ileri olan grubun eğitim düzeyinin daha düşük olması da AİK bilgi düzeylerinin düşük olmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda, AİK bilgisi yeterli olan kadınların oranı(%52,0), erkeklerin oranından (%43,6) daha yüksekti ancak bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,106$). Ülkemizde Kurt ve arkadaşlarının, Demirtaş ve arkadaşlarının çalışmalarında, araştırmamıza benzer sonuçlar bulunmuşken, Özyiğit ve arkadaşlarının çalışmasında erkeklerdeki AİK bilgisi kadınlardan yüksek bulunmuştur (63,64,89).

Auto ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada, ilaç bilgi düzeyi yeterli, yetersiz ve ortalama olacak şekilde 3 kategoride incelenmiştir. Bu araştırmada da bilgi düzeyi yeterli olanların sıklığı kadınlarda, erkeklerden daha yüksek bulunmakla birlikte aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir (67). Lee ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada kadınların ilaç bilgi düzeyinin ve ilaçları doğru kullanma sıklığının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (78).

Çalışmamızda, öğrenim düzeyi ortaokul mezunu ve altında olan kişilerde AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı %42,8 iken, öğrenim durumu lise ve üstü olanlarda AİK bilgisi yeterli olanların sıklığı %58,9 saptanmıştır. Öğrenim düzeyi arttıkça AİK bilgi düzeyinin arttığı gösterilmiştir ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,02$). Hatipoğlu ve Özyurt’un yaptığı çalışmada öğrenim durumu ilköğretim ve altı olan kişilerin %42,5’inin,

öğrenim durumu lise ve üstü olanların ise %58,2'sinin AİK bilgisinin yeterli olduğu gösterilmiştir (p=0,000) (62). Demirtaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da eğitim seviyesi yükseldikçe AİK bilgi düzeyinin arttığı gösterilmiştir ve eğitim ile AİK bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir (p=0,01) (89).

Zheng ve arkadaşları yaptıkları araştırma sonucunda, kişilerin aldıkları eğitim süresi ile sahip oldukları ilaç bilgisi arasında pozitif ilişki olduğu sonucuna varmışlardır (88). Nijerya'da yapılan bir çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde öğrenim düzeyi arttıkça ilaç bilgi düzeyinin arttığı ve eğitim ile ilaç bilgi düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (67).

Araştırma grubumuzda yer alan kişilerin algılanan gelir durumuna göre AİK bilgi düzeyi dağılıma baktığımızda, geliri giderinden az olanların %33,7'sinde, geliri giderine eşit olanların %45,0'inde ve geliri giderinden fazla olanların ise %64,5'inde AİK bilgi düzeyinin yeterli olduğu bulunmuştur. Gelir durumu arttıkça, AİK bilgi düzeyinin arttığı görülmüştür. AİK bilgi düzeyi ile gelir düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (p=0,001). Ülkemizde Hatipoğlu ve arkadaşlarının, Demirtaş ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmalarda da gelir seviyesi yükseldikçe AİK bilgi düzeyinin yükseldiği gösterilmiştir (62,89). Bu sonuçlar da araştırmamızın sonucunu destekler niteliktedir.

Zheng ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan bir araştırmada gelir düzeyi arttıkça ilaç bilgi düzeyinin arttığını göstermiştir (88).

Literatürde AİK bilgi düzeyi ve AİK davranışları sıklıkla ayrı ayrı incelenmiş olup araştırmamızda ikisi arasındaki ilişki de incelenmiştir. Araştırma grubumuzda akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi ile akılcı olmayan ilaç kullanım davranışları olan; hekime danışmadan ilaç kullanma, yakınlarının tavsiyesi ile ilaç kullanma, hekimin önerdiği süreden önce ilacını bırakma, ilacını hekimin önerdiği doz açısından uygunsuz kullanma, ilacı kullanmadan önce kullanma talimatını okumama ve SKT'ye bakmama arasında negatif bir ilişki bulunmuş olup, bu ilişki istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,001, p<0,001,

$p < 0,001$, $p = 0,027$, $p < 0,001$, $p = 0,002$). Bian ve arkadaşları Çin’de yaptıkları araştırmada bilgi, motivasyon ve davranış modelini kullanarak akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin akılcı ilaç kullanımı davranışı üzerine etkisini değerlendirmiştir. Bunun sonucunda bilgi düzeyinin artmasının akılcı ilaç kullanımı davranışını arttırdığını saptamışlardır (90). Nepal’de yapılan bir çalışmada benzer şekilde ilaç kullanımı bilgi düzeyi ve davranışı arasında pozitif ilişki saptanmış olup aradaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($r = 0,211$ $p = 0,027$) (66). Tesfarimariam ve arkadaşları tarafından yapılan araştırmada akılcı olmayan ilaç kullanımı davranışlarından biri olan hekime danışmadan ilaç kullanma ve ilişkili faktörler değerlendirilmiş; ilaç bilgi düzeyinin azalmasının hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığının artışında bağımsız bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (OR=1,83 %95CI= 1,11-3,04) (80).

Araştırma grubumuzdaki kişilerin hekime danışmadan ilaç kullanma sıklıkları ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde, hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı 25 yaşından küçüklerde en yüksek (%77,1), 65 yaş ve üzerinde ise en düşük (%42,9) orandadır. Yaş ile hekime danışmadan ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p = 0,003$). Brezilya’da yapılan bir çalışmada hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı ile ilişkili faktörler değerlendirilmiş; 20-39 yaş grubunda hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığının diğer yaş gruplarına göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır (91). Ketis ve arkadaşları tarafından Slovenya’da yapılan bir çalışmada ise yaş ile hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı arasında bir ilişki saptanmamıştır(92). Literatürde yaş ile hekime danışmadan ilaç kullanma sıklıkları arasındaki ilişkiye dair farklı sonuçlar mevcuttur. Bu durum çalışmaların yapıldığı yer, kültürel farklılıklar ve zamana bağlı olarak değişim göstermiş olabilir.

Çalışmamızla benzer şekilde Nayir ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada hekime danışmadan ilaç kullanma oranı 65 yaş ve üstü grupta en düşük sıklıkta bulunmuştur (17). İstanbul’da ASM’lere başvuran hastalarda yapılan bir çalışmada hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığının 26-35 yaş grubunda en yüksek (%51,5),46 yaş ve üzerinde ise en düşük (%40,3) olduğu

belirlenmiştir (82). Özdiç ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığının en az olduğu grup 65 yaş ve üzeridir (%46,5) (93). İstanbul'da yapılan başka bir çalışmada ise reçetesiz ilaç alan grubun yaş ortalamaları, reçetesiz ilaç almayan gruba göre daha düşüktür ve reçetesiz ilaç alma durumları ile yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak çok anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,001$) (86). Yaşı ileri olan bireylerin kronik hastalık sıklıkları arttığı için hekime danışmadan ilaç kullanma konusunda daha dikkatli davranmış olabilirler. Bu kişiler mevcut hastalıkları için kontrole daha çok gittikleri ve hekimlerle daha sık görüştikleri için ilaçları hekimlerine daha çok danışmış olabilirler.

Çalışmamızdaki kadınların hekime danışmadan ilaç kullanma sıklıkları %63,9, erkeklerin hekime danışmadan ilaç kullanma sıklıkları ise %62,4 olarak saptanmıştır ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Adana ve İstanbul'da yapılan çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızla benzerdir (68,82). Buna karşın ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı erkeklerde daha yüksek bulunmuştur. Nayir ve arkadaşları, Ekenler ve arkadaşları, Özdiç ve arkadaşları yaptıkları çalışmalar sonucunda erkeklerde hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır (17,70,93). Adana, İstanbul, İzmir ve İspanya'da yapılan çalışmalarda ise kadınlarda bu sıklığın daha yüksek olduğu gösterilmiştir (77,86,94,95).

Çalışmamızda, öğrenim durumu ortaokul mezunu ve daha az eğitim almış olanlarda hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı %60,1, öğrenim durumu lise ve üzeri olanlarda hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı %69,0'dır. Araştırmamız sonucunda elde edilen bu bulgu literatürle uyumludur. Elazığ, Afyonkarahisar, Adana, Mersin, Konya ve İstanbul'da yapılan çalışmaların sonucunda öğrenim düzeyi arttıkça hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığının arttığı saptanmıştır (17,68,70,86,93,96) . Garofalo ve arkadaşları tarafından İtalya'da yürütülen hekime danışmadan ilaç kullanma ve ilişkili faktörlerin belirlenmesinin amaçlandığı araştırmada öğrenim düzeyi ile hekime danışmadan ilaç kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmış olup öğrenim düzeyi daha yüksek olanların hekime danışmadan ilaç

kullanma sıklığının daha fazla olduğu sonucuna ulaşmışlardır (97). İspanya’da yapılan araştırmada hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı ile eğitim düzeyinin artması arasında pozitif bir ilişki saptanmıştır (OR=1,78) (95). Bu durum eğitim düzeyi yüksek olanların özgüvenlerinin daha yüksek olmasından kaynaklanmış olabilir. Eğitim düzeyi düşük olan bireyler sağlık problemleri için daha sık hekime başvurma ihtiyacı hissediyor olabilir.

Çalışmamızda sosyal güvencesi olanlarda hekime danışmadan ilaç kullanma oranı, sosyal güvencesi olmayanlardan yüksek bulunmuştur ve aralarında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,139$) (%63,8; %53,3). Adana’da yapılan bir çalışmada benzer sonuçlar bulunmuş (68) ancak Afyon’da yapılan bir çalışmada farklı bir sonuç bulunmuştur (93). Literatürde bu konuda farklı sonuçlar vardır. Bizim çalışmamızdan farklı olarak Forotan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmanın sonucunda sosyal güvencesi olmayanlarda hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı daha yüksek bulunmuştur ($p=0,007$)(104). Çalışmamızla benzer olarak Arrais ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışmada sosyal güvencesi olanlarda hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı daha yüksek saptanmakla birlikte aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (91).

Çalışmamızda sosyal güvencesi olmayanların hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığının düşük bulunmasının nedeni bu grupta yalnızca 15 kişi olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda, algılanan gelir düzeyine göre, geliri giderinden fazla olduğunu belirtenlerde hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığının diğer gruplara göre daha az olduğu bulunmuştur. Çalışmamıza benzer olarak İstanbul’da yapılan bir çalışmada gelir düzeyini düşük olarak belirtenlerin hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığının en yüksek olduğu saptanmıştır(86). Bu durum gelir düzeyi yüksek olan bireylerin daha az maddi kaygı taşıması sebebiyle sağlık hizmetlerine daha kolay başvurmasından kaynaklanıyor olabilir. Brezilya’da yapılan hekime danışmadan ilaç kullanma ile ilişkili faktörlerin değerlendirildiği araştırmada, kişilerin gelir düzeyi ile hekime danışmadan ilaç kullanma arasında ilişki olmadığını saptamışlardır (91).

Çalışmamızda kronik hastalığı olmayanlarda, hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı, kronik hastalığı olanlara göre yüksek bulunmuştur ve bu istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p=0,007$). Hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığının kronik hastalığı olanlarda daha az olmasının nedeni, bu bireylerin hastalıkları nedeniyle daha sık sağlık kuruluşlarına başvurmaları ve burada hekimleri tarafından bilgilendirilmeleri, ilaçların birbiriyle etkileşiminden korkmaları olabilir. Nayir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise kronik hastalığı olanların %55,3'ünün hekime danışmadan ilaç kullandıklarını gösterilmiştir(17). Tesfarimariam ve arkadaşları tarafından 2017 yılında eczanelere başvuranlarda yapılan araştırmada kronik hastalık ile hekime danışmadan ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır(80).

Çalışmamızdaki kişilerden daha önce hekimin önerdiği ilaçları kullanılması gereken süreden önce bırakanların en sıklıkla 35-44 yaş aralığında (%73,2) en az sıklıkla 45-54 yaş aralığında olduğu (%52,2) bulunmuştur. İstanbul'da yapılan başka bir çalışmada bireylerin tedaviyi yarıda kesme durumları ile yaş ortalamaları arasında bir ilişki olduğu, tedaviyi erken bırakan gruptaki bireylerin yaş ortalamalarının bırakmayan bireylerden yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,001$) (86). Konya'da yapılan bir çalışmada en sıklıkla 15-24 yaş grubunda (%73,5), Ankara'da yapılan bir çalışmada en sıklıkla 19 yaş ve altında (%35,3), Mersin'de yapılan bir çalışmada en sıklıkla 19 yaş ve altındaki (%70) kişilerin ilaçları kullanılması gereken süreden önce bıraktıkları belirtilmiştir (96,98,99). Ülkemizde yapılan araştırmalar bu konuda farklı sonuçlar olduğunu ortaya koymaktadır (86,96,98,99). Araştırmamıza 18 yaş altı bireyler dahil edilmediği için bu veri Konya, Ankara ve Mersin'de yapılan çalışmalarla kıyaslanamamıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, hekimin önerdiği ilaçları kullanılması gereken süreden önce bırakma davranışının gençlerde ileri yaştaki bireylere göre genellikle daha yüksek oranlarda olduğu görülmüştür. Bu durum genç bireylerin sağlık durumlarını ileri yaştaki bireylere göre daha az önemsemesinden kaynaklanıyor olabilir.

Hekimin önerdiği ilaçları kullanılması gereken süreden önce bırakma davranışı cinsiyete göre incelendiğinde, bu oranın kadınlarda ve erkeklerde çok yakın olduğu görülmüştür (sırasıyla %60,8; %60,5). Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda hekimin önerdiği ilaçları kullanılması gereken süreden önce bırakanların oranı erkeklerde kadınlara göre daha yüksek bulunmuşken (70,82,94,99,100) bazı çalışmalarda ise kadınlarda bu oran daha yüksek bulunmuştur (86).

Çalışma grubumuzda hekimin önerdiği ilaçları kullanılması gereken süreden önce bırakma sıklığı, öğrenim durumuna göre incelendiğinde; ortaokul mezunu ve daha az eğitimi olanlarda lise ve daha fazla eğitimi olanlara göre daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla %62,9; %57,0) İzmir’de yapılan bir çalışmada çalışmamıza benzer, Tokat ve Konya’da yapılan çalışmalarda ise farklı sonuçlar bulunmuştur (94,98,100). Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda eğitim durumu daha yüksek olanların hekim önerisi ile temin edilen ilacı tedavi süresinden önce bırakma eğiliminin daha yüksek olduğunu göstermektedir (70,96).

Çalışmamızda algılanan gelir durumuna göre, hekimin önerdiği ilaçları kullanılması gereken süreden önce bırakanların ilişkisini incelediğimizde ise geliri giderinden az olanların (%75,9), geliri giderine eşit olanlara (%58,3) ve geliri giderinden fazla olanlara (%53,3) göre hekimin önerdiği ilaçları kullanılması gereken süreden önce bıraktıkları gösterilmiştir ve bu durum istatistiksel olarak da anlamlıdır ($p=0,004$). İstanbul’da 2018 yılında yapılan aile sağlığı merkezine başvuranlarda akılcı ilaç kullanımının değerlendirildiği çalışmada da araştırmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur (86).

Araştırmamızda ilaçlarını hekimin önerdiği kullanım süresinden daha önce bırakma ile sosyal güvence arasında bir ilişki bulunmamıştır. Ankara’da yapılan araştırmada da benzer sonuçlar bulunmuştur ($p<0,05$) (99).

Çalışmamızda hekimin önerdiği ilaçları kullanılması gereken süreden önce bırakanların oranı, kronik hastalığı olmayanlarda, olanlara göre yüksek bulunmuştur ancak bu istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,248$). Bu durumun nedeni kronik hastalığı olanların sağlık durumlarıyla ilgili kararlarında hekime daha sık danışma ihtiyacı duymaları olabilir. Ülkemizde

Özkan ve arkadaşlarının bir üniversite hastanesinde yaptığı çalışma da sonuçlarımızı destekler niteliktedir (99). Luiza ve arkadaşları kronik hastalık sayısı arttıkça hekimin önerdiği doz ve sürede ilaç kullanma sıklığının azaldığını saptamışlardır (87).

Çalışmamızda hekiminin önerdiği ilaçları hekiminin önerdiği dozlarda kullanma sıklığı 55 yaş ve üstündeki kişilerde diğer yaş gruplarına göre yüksek bulunmuştur. İstanbul’da yapılan bir araştırmada, 46 yaş ve üzerindekiilerin %93,5’inin hekiminin önerdiği ilaçları hekiminin önerdiği dozlarda kullandığı saptanmıştır ve bu sonuç araştırmamızı destekler niteliktedir (82). Öğrenciler üzerinde yapılan başka bir çalışmada ise araştırma grubunda 21 yaş ve altında olanların %14,7’sinin, 22 yaş ve üzerinde olanları ise %13,1’inin hekiminin önerdiği ilaçları hekiminin önerdiği dozlarda kullandığını saptamıştır (101). Filho ve arkadaşları tarafından yapılan kohort tipi bir araştırmanın sonucunda yaş arttıkça ilaçların yetersiz dozda kullanımının azaldığı bulunmuştur (81). Luiza ve arkadaşları tarafından “Akılcı İlaç Kullanımı, Erişimi ve Kullanımı Ulusal Anketi (PNAUM)” kapsamında yapılan çalışmanın sonucunda yaş arttıkça uygunsuz dozda ilaç kullanma sıklığının azaldığı bulunmuştur (87). Yapılan çalışmalarda genellikle yaşı ileri olan bireylerin, hekiminin önerdiği ilaçları hekiminin önerdiği dozlarda kullanma sıklığı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum ileri yaştaki bireylerin sağlık durumları için daha çok kaygılanmaları ve genç bireylere göre hekimlerin önerilerine daha çok uymaya çalışmalarından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda hekiminin önerdiği ilaçları hekiminin önerdiği dozlarda kullanma durumu cinsiyete göre incelendiğinde, araştırma grubundaki kadınlar ve erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (%85,9; %87,9) ($p=0,571$). Adana’da 2010 yılında yapılan bir araştırmada da benzer sonuçlar bulunmuştur (68). Ankara’da öğrencilerde yapılan bir çalışmada ise kadınların ilaçlarını özenli kullanma oranı erkeklerden yüksek bulunmuştur (102). Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda erkeklerin, kadınlara göre ilaç dozunda daha sık değişiklik yaptıkları görülmüştür (70,82). Filho ve arkadaşları tarafından “Brezilya Yaşlanma Kohortu Çalışması (ELSI- Brazil)” kapsamında yapılan araştırmada kadınların erkeklere göre ilaçları yetersiz dozda kullanma sıklığı daha yüksek bulunmuştur ($RR=1,39$) (81).

Çalışmamızda kullandıkları ilaçların dozlarına dikkat edenlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılmasına bakıldığında ortaokul mezunu ve daha az eğitimi olanların %86,4'ünün, lise ve üstü eğitimi olanların ise %87,3'ünün kullandıkları ilaçların dozlarına dikkat ettiğini göstermiştir. Ekenler ve arkadaşlarının Konya'da 2014 yılında yaptığı araştırmada ve Deniz S.'nin 2019 yılında İstanbul'da yaptığı araştırmada da çalışmamıza benzer sonuçlar bulunmuştur (70,82). Gudeta ve arkadaşları tarafından 2019 yılında yapılan araştırmada çoklu regresyon analizi sonucunda anlamlılığını yitirmekle birlikte, eğitim yılı arttıkça araştırma grubunun ilaç dozunu doğru kullanma sıklığı artmıştır (85).

Çalışmamızda, hekiminin önerdiği ilaçların hekiminin önerdiği dozlarda kullanımı ile gelir durumu karşılaştırıldığında, geliri giderinden fazla olduğunu belirtenlerde ilaçlarını hekiminin önerdiği dozlarda kullanma sıklığı daha yüksek bulunmuştur ancak gelir durumu ile ilaçları hekiminin önerdiği dozlarda kullanma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p=0,582$). Araştırmamızın bu sonucundan farklı olarak Ankara'da yapılan bir çalışmada geliri giderine eşit olanlarda ilaçlarını hekiminin önerdiği dozlarda kullanma oranı en yüksek bulunmuştur (102). Literatürde bu konuda farklı sonuçlar da yer almaktadır (101,103). Araştırmamıza benzer şekilde Brezilya'da yapılan bir çalışmada geliri daha yüksek olanlarda ilaçları yetersiz dozda kullanma sıklığının daha az olduğu belirtilmiştir (81). Bu farklılıkların nedeni örneklem grubunun seçimi ve örneklem grubunun eğitim düzeylerinin farklı olmasından olabilir.

Çalışmamızda hekiminin önerdiği ilaçları hekiminin önerdiği dozlarda kullanma ile kronik hastalık durumu ilişkisi incelendiğinde, kronik hastalık ile ilaçları hekiminin önerdiği dozlarda kullanma davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür ($p=0,34$). Gudeta ve arkadaşları tarafından 357 kişiyle yapılan araştırmada ciddi kronik hastalığı olanlarda ilaçlarının dozlarını doğru bilme sıklığı azalmaktadır (85). Ankara'da yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olanların %44,7'sinin, kronik hastalığı olmayanların %42,3'ünün ilaçlarını hekiminin önerdiği dozlarda kullanmaya özen gösterdiğini saptamıştır (102). Öğrencilerde yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olanların %2,3'ünün, kronik hastalığı olmayanların %19,1'inin

ilaçlarının dozunu kendi kendine değiştirdiğini göstermiştir (103). Öğrencilerle yapılan başka bir çalışmada ise kronik hastalığı olanların %14,3’unun, kronik hastalığı olmayanların %13,8’inin ilaçlarının dozunu kendi kendine değiştirdiğini göstermiştir (101).

Güçlü Yönler ve Sınırlamalar

Güçlü Yönler

- Araştırmamızda geçerliliği ve güvenilirliği ülkemizde yapılan bir ölçek kullanılmıştır.
- Araştırma verileri tek bir araştırmacı (hekim) tarafından toplanmıştır. Bu da veri toplamada belli bir standardı sağlamak açısından önemlidir.
- Literatürde yer alan diğer çalışmalarda genellikle AİK bilgisi ve davranışı ayrı ayrı değerlendirilmiş olup, araştırmamızda ek olarak ikisi arasındaki ilişki de incelenmiştir.

Sınırlamalar

- Çalışmamız yüz yüze anket uygulaması şeklinde olduğu için çalışma grubunun taraflı yanıt verme olasılığı vardır.
- Araştırma gönüllülük esasına dayandığı için araştırmaya katılmayı kabul eden kişiler AİK ile ilgili farkındalığı daha yüksek olan bireyler olabilir.

6.SONUÇ ve ÖNERİLER

Aile sağlığı merkezlerine başvuranlarda, akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada araştırma grubunun %51,3'ünün akılcı ilaç kullanımı bilgisi yeterli bulunmuştur. Araştırma grubunun Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği puan ortalaması $34,11 \pm 3,82$ dir. Araştırmaya katılan bireylerin yarısından fazlası hekime danışmadan ilaç kullandığını belirtmiştir.

Akılcı ilaç kullanımı bilgisi yeterli olanların oranı, lise mezunu ve üzeri öğrenimi olanlarda, gelirinin giderinden daha yüksek olduğunu belirtenlerde, ilaç kullanmadan önce kullanma talimatını okuyanlarda, daha önce ilaçları hekimin önerdiği dozlarda kullananlarda, ilacı kullanmadan önce son kullanma tarihine bakanlarda, evde yedek bulunsun diye ilacı olmayanlarda ve ilaçların kullanma talimatını okuyup saklama koşullarına dikkat edenlerde yüksek bulunmuştur.

Akılcı ilaç kullanımı bilgisi yeterli olanların oranı, doktora danışmadan ilaç kullananlarda, yakın tavsiyesi ile ilaç kullananlarda, daha önce ilaçları hekimin önerdiği süreden önce bırakanlarda ve son kullanma talimatı geçmiş ilaçları kullananlarda ise düşük bulunmuştur.

Hekime danışmadan ilaç kullanma sıklığı 24 yaş ve altında ve kronik hastalığı olmayanlarda daha yüksek bulunmuştur.

Akılcı ilaç kullanımı bilgisi ile ilişkili olabilecek çalışmamızda değerlendirilmeyen diğer faktörlerin belirlenmesi için yeni araştırmalara gereksinim vardır.

İlaçların uygun kullanımı ile ilgili yapılan halka verilen eğitimlerde hastaların hekime başvurmadan veya yakın tavsiyesi ile ilaç kullanmamaları ve ilacı hekimin önerdiği şekilde kullanmalarının gerektiği vurgulanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. The rational use of drugs: report of the Conference of Experts. World Health Organization, Nairobi. 1985.
2. World Health Organization. WHO policy perspectives on medicines. Promoting rational use of medicines: core components. Geneva Sept 2002. <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf> Erişim tarihi: 20 Mayıs 2020.
3. World Health Organization. https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/ Erişim Tarihi:10 Mayıs 2020.
4. Sağlık Bakanlığı sağlık istatistikleri yıllığı 2018 .<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> Erişim tarihi: 20 Mayıs 2020.
5. Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni Cilt 2; Sayı 9; Eylül 2015. <http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2015/09/aik-bltn-12-i.pdf> Erişim tarihi 17.05.2020.
6. Sürmelioglu N, Kıroğlu O, Erdoğan T, Karataş Y. Measures for Prevention of Irrational Drug Use. Archives Medical Review Journal 2015;24(4):452-462.
7. Akıcı A, Kalaça S. Topluma yönelik akılcı ilaç kullanımı. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, SGK Yayın No: 93, 2013:22-23.
8. Kayaalp O. Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji. 12. baskı, Ankara: Pelikan Yayıncılık Ltd. Şti.2009:3.
9. T.C. Cumhurbaşkanlığı Mevzuat Bilgi Sistemi, Resmî Gazete Tarihi: 26.05.1928 Resmî Gazete Sayısı: 898. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.1262.pdf> İnternet erişimi:20 Mayıs 2020.
10. Resmî Gazete. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/02/20160210-7.htm> İnternet erişimi:20 Mayıs 2020.
11. Vural N. Toksikoloji. Ankara: Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları. 1984:373.
12. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Bakanlığı, Akılcı ilaç kullanımı ulusal eylem planı 2014-2017. Erişim Adresi. http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=1555 . Erişim Tarihi:17.05.2020.
13. World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components No. WHO/EDM/2002.3. Geneva.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67438/WHO_EDM_2002.3.pdf Erişim tarihi: 20 Mayıs 2020.

14. Holloway K, Van Dijk L. Rational use of medicines. The World medicines situation 2011:2-5.
15. Basaran NF, Akici A. Patients' experience and perspectives on the rational use of drugs in Turkey: a survey study. *Patient Preference and Adherence* 2012;6:719–724.
16. Büyükturan Ö, Büyükturan B. Attitudes and behaviors of drug use in a grup of patient and their relatives. *Sakarya Med J* 2017; 7(4):211-216.
17. Nayir T, Okyay RA, Yesilyurt H, Akbaba M, Nazlıcan E, Acık Y, et al. Assessment of rational use of drugs and self-medication in Turkey: A pilot study from Elazığ and its suburbs. *Pak. J. Pharm. Sci* 2016;29(4):1429-1435.
18. Mollahaliloğlu S, AlkanA, Özgülcü Ş, Öncül HG, Akıcı A. Hekimlerin akılcı reçeteleme yaklaşımı. TC Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara 2011:7-9.
19. Ofori-Asenso R, Agyeman AA. Irrational Use of Medicines—A Summary of Key Concepts. *Pharmacy* 2016, 4(4),35.
20. Oktay Ş, Akıcı A. Drug use and desicion making process for rational pharmacotherapy in elderly. *Turkish Journal of Geriatrics* 2001;4(3):127-133.
21. De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. Guide to Good Prescribing. WHO/Action programme on essential drugs, Geneva, 1994:2:3.
22. İskit AB. Akılcı İlaç Kullanımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2006; 15(7): 4-5.
23. De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. Guide to Good Prescribing. WHO/Action programme on essential drugs, Geneva, 1994:11-12.
24. Maxwell Simon. Rational prescribing: the principles of drug selection. *Clinical Medicine* 2009; 9(5):481-485.
25. World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components No.WHO/EDM/2002.3.Geneva.
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67438/WHO_EDM_2002.3.pdf Erişim tarihi: 20 Mayıs 2020.
26. Eşkazan E. Akılcı ilaç kullanımı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi sürekli tıp eğitimi etkinlikleri akılcı ilaç kullanımı sempozyumu 14 Ocak1999,İstanbul, Türkiye, 1999.P.9-20.
27. Ambwani S, Mathur AK. Chapter–2 Rational Drug Use. *Health administrator*, 2006;19(1), 5-7.

28. Orhaner E, Salgın E. Akılcı ilaç kullanımında aile hekiminin rolü: Bitlis ilinde bir uygulama. *Usaysad Derg*, 2018; 4(3): 212 -226.
29. Gülhan R. Yaşlılarda ilaç kullanımı. *Okmeydanı Tıp Dergisi* 29(Ek sayı 2) 2013:99-105.
30. ANONİM, Akılcı İlaç Kullanımı'nın Alfabeti. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü Rasyonel İlaç Kullanımı Bölümü. 1993..
31. Yağar F, Soysal A. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili hastane uygulamalarının değerlendirilmesi: asistan hekimler örneği. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi* 2018; 14(1):81-96.
32. Özata M, Aslan Ş, Mete M. Rasyonel ilaç kullanımının hasta güvenliğine etkileri: hekimlerin rasyonel ilaç kullanımına etki eden faktörlerin belirlenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2008;20:529-542.
33. Amanda Le Grand, Hans V Hogerzeil, Flora M Haaiker-Ruskamp, *Intervention Research in Rational Use of Drugs: A Review*, *Health Policy and Planning* 1999;14(2):89-102.
34. Yılmaztürk A. Türkiye'de ve dünyada akılcı ilaç kullanımı. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2013;2(1):42-49.
35. Top M; Tarcan, M.. Türkiye ilaç ekonomisi ve ilaç harcamaları: 1998-2003 dönemi değerlendirmesi. *Liberal Düşünce Dergisi* 2004;9(35):177-200.
36. Organisation for Economic Co-operation and Development <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart> Erişim tarihi:20 Mayıs 2020
37. Sağlıkta Dönüşüm Paketi <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglikadonusum.pdf> Erişim tarihi:20 Mayıs 2020.
38. İstanbul “Akılcı İlaç Kullanımı ve Farkındalık” Sempozyumu Kitapçığı 19 Kasım 2014.;İstanbul, Türkiye 2014.P.4.
39. Aydın B, Gelal A. Akılcı ilaç kullanımı: yaygınlaştırılması ve tıp eğitiminin rolü. *Deü Tıp Fakültesi Dergisi* 2012;26(1):57-63.
40. Akılcı ilaç kullanımı, ilaç takip sistemi. <http://www.akilciilac.gov.tr/?p=370> Erişim Tarihi:01.07.2020

41. Vançelik S, Çalıkoğlu O, Güraksın A, Beyhun E. The basic factors that impact the prescribing and the status of consideration of the rational drug usage criterias of general practitioners. *The Eurasian Journal of Medicine* 2006; 38(1): 7-12.
42. Mousavi S, Mansouri A, Ahmadvand A. A bibliometric study of publication patterns in rational use of medicines in Iran. *Pharmacy Practice* 2013;11(1):38-43.
43. Vançelik S, Çalıkoğlu O, Güraksın A, Beyhun E. Erzurum il merkezindeki erişkinlerin ilaç kullanım davranışları ve ilişkili faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni* 2006 ; 25(2):33-38.
44. Akici A, Kalaça S, Gören MZ, Akkan AG, Karaalp A, Demir D, et al. Comparison of rational pharmacotherapy decision-making competence of general practitioners with intern doctors. *Eur J Clin Pharmacol* 2004;60(2):75–82.
45. De Bolle L, Mehuys E, Adriaens E, Remon J, Van Bortel L, Christiaens T. Home medication cabinets and self-medication: a source of potential health threats?. *Annals of Pharmacotherapy* 2008;42(4), 572-579.
46. Krähenbühl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krähenbühl S. Drug-related problems in hospitals. *Drug safety*,2007;30(5):379-407.
47. Pınar N. Mustafa Kemal Üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. *Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg* 2017; 8(29): 34-40.
48. Embrey M.. *Managing Drug Access to Medicines and Other Health Technologies*. In: Chalker J eds. *Managing for rational medicine use*. USA:Management Sciences for Health, . 2011;(27):1–16.
49. Van der geest S, Hardon A. Self-medication in developing countries. *Journal of Social and Administrative Pharmacy JSAP* 1990;7(4):199-204.
50. Göçgeldi E, Uçar M, Açikel CH, Türker T, Hasde M, Ataç A. Investigation of Frequency of Leftover Drugs at Home and Related Factors. *TAF Prev Med Bull* 2009; 8(2):113-118
51. Yılmaz M, Güler N, Güler G, Kocataş S. Some behaviors a group of the womens related drug use: Is it rational? *Cumhuriyet Med J* 2011; 33: 266-277
52. Toklu HZ, Akıcı A, Keyer Uysal M, Ayanoğlu Dülger G. Akılcı ilaç kullanımı sürecinde hasta uyuncuna hekim ve eczacının katkısı. *Turk Aile Hek Derg* 2010; 14(3): 139-145.

53. H.S. Abou-Auda. An economic assessment of the extent of medication use and wastage among families in Saudi Arabia and Arabian Gulf countries. *Clinical Therapeutics* 2003;25(4):1276-92.
54. Çınaroğlu S. İlaç harcamalarının sağlık sonuçları ile ilişkisi: bir kanonik korelasyon analizi uygulaması. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2017;35 (2):23-47.
55. İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası
<http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari> Erişim tarihi:20 Mayıs 2020.
56. KMPG Türkiye Sektörel Bakış İlaç Raporu
<https://assets.kpmg/content/dam/kpmg/tr/pdf/2020/03/sektorel-bakis-2020-ilac.pdf> Erişim Tarihi:19 Mayıs 2020.
57. Besak Y. Sağlıkta Dönüşüm ve Onuncu Kalkınma Planı Çerçevesinde Türkiye Sağlık Sisteminde İlaç Harcamaları Üzerine Bir İnceleme ve Durum Analizi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi* 2019;1(2) 53-61.
58. Europe, W. O. N. C. A. Allen J, President BG, Crebolder H, Catholic JH, Svab I, Maastricht PR. The European definition of general practice / family medicine. Evans P ed, Barcelona 2011.
59. Parchman ML, Burge SK. The Patient-Physician relationship, primary care attributes, and preventive services. *Family Medicine* 2004; 36(1):22-27.
60. Uzuner A. Aile hekimliği uygulamalarında akılcı ilaç kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics* 2015;3(1):45-49.
61. Bilge U, Ünlüoğlu İ. Aile hekimliğinde akılcı ilaç kullanımı, TAHEV Yayınları 2019:27-29.
62. Hatipoğlu S, Cengiz Özyurt B. Rational use of medicine in some family health centers in Manisa. *TAF Prev Med Bull* 2016;15(4):1-8.
63. Kurt O, Oğuzöncül AF, Deveci SE, Pirinççi E. Bir sosyal bilimler meslek yüksekokulu öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Derg* 2020;5(1):62-72.
64. Özyiğit F, Arıkan İ. University students' attitudes and behaviors on rational drug use knowledge, in Kütahya province. *Bozok Med J* 2015;10(1):47-52.
65. Öztürk Haney M, Akdeniz Kudubeş A. Determination of medication use habits of adults living in rural area. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2017; 11(4): 213-220.

66. Sharma D, Gurung D, Kafle R, Singh S. Knowledge and practice on over-the-counter drugs among adults of age group 20 and above residing in Chapapani-12, Pokhara, Kaski, Nepal. *International Journal of Scientific Reports* 2017;3(3):79-86.
67. Auta A, Omale S, Folorunsho TJ, David S, Banwat SB. Medicine vendors: self-medication practices and medicine knowledge. *North American Journal of Medical Sciences* 2012;4(1):24-28.
68. Pınar N. Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıkları (Tıpta Uzmanlık Tezi). Adana:Çukurova Üniversitesi;2010.
69. İlhan MN, Aydemir Ö, Çakır M, Aycan S. Akılcı olmayan ilaç kullanım davranışları: Ankara'da üç ilçe örneği. *Turkish Journal of Public Health* 2014;12(3):188-200.
70. Ekenler Ş, Koçoğlu D. Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2016;3(3), 44-55.
71. Gürhan B. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların akılcı ilaç kullanım ilkeleri açısından değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi;2016
72. Domingues PHR, Galvao TF, Andrade KRC, Teles de Sa PT, Silva MT, Pereira MG. Prevalence of self-medication in the adult population of Brazil: a systematic review. *Revista de saude publica* 2015;49:36. <https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049005709>
73. Jember E, Feleke A, Debie A, Asrade G. Self-medication practices and associated factors among households at Gondar town, Northwest Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Research Notes* 2019;12:153 <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4195-2>
74. Kassie AD, Bifftu BB, Mekonnen HS. Self-medication practice and associated factors among adult house hold members in Meketdistrict, Northeast Ethiopia, 2017 *BMC Pharmacology and Toxicology* 2018;19(15). <https://doi.org/10.1186/s40360-018-0205-6>
75. Mensah BN, Agyemang IB, Afriyie DK, Amponsah SK. Self-medication practice in Akuse, a rural setting in Ghana. *Niger Postgrad Med J* 2019;26:189-94.
76. Mamo S, Ayele Y, Dechasa M. Self-medication practices among community of Harar City and its surroundings, Eastern Ethiopia. *Journal of Pharmaceutics* 2018,2018. <https://doi.org/10.1155/2018/2757108>
77. Karataş Y, Dinler B, Erdoğan T, Ertuğ P, Seydaoğlu G. Evaluation of drug use attitudes of patient and its relatives attending to Çukurova University Medical Faculty Balcalı Hospital. *Journal of Cukurova University Faculty of Medicine* 2012; 37(1):1-8.

78. Lee CH, Chang FC, Hsu SD, Chi HY, Huang LJ, Yeh MK. Inappropriate self-medication among adolescents and its association with lower medication literacy and substance use. *PLoS ONE* 2017;12,12.
79. Lei X, Jiang H, Liu C, Ferrier A, Mugavin J. Self-medication practice and associated factors among residents in Wuhan, China. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018;15(1):68. <https://doi.org/10.3390/ijerph15010068>
80. Tesfamariam S, Anand IS, Kaleab G, Berhane S, Woldai B, Habte E, et al. Self-medication with over the counter drugs, prevalence of risky practice and its associated factors in pharmacy outlets of Asmara, Eritrea. *BMC Public Health* 2019;19(1),159.<https://doi.org/10.1186/s12889-019-6470-5>
81. Loyola Filho AI, Firmo JOA, Mambrini JVM, Peixoto SV, Souza-Junior PRB, Bof de Andrade F, et al. Cost related under use of medications in older adults: ELSI-Brazil. *Rev Saude Publica.* 2018;52:8s.<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000622>
82. Deniz S. Akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışların belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2019; 22(3): 619-632.
83. Baybek H, Bulut D, Çakır A. Muğla Üniversitesi idari personelinin ilaç kullanma alışkanlıklarının belirlenmesi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2005;15 53-67.
84. Dağtekin G, Demirtaş Z, Alaiye M, Sağlan R, Önsüz MF, Işıklı B, ve ark. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran erişkinlerin akılcı ilaç kullanım tutum ve davranışları. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi.* 2018;3(1),12-23.
85. Gudeta T, Mechal D. Patient knowledge of correct dosage regimen; the need for good dispensing practice. *Journal of Primary Care & Community Health* 2019;10:1-7. <https://doi.org/10.1177/2150132719876522>
86. Yavuz Emik K. İstanbul'da bir aile sağlığı merkezine başvuranlarda akılcı ilaç kullanımının değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul: İstanbul Üniversitesi;2018.
87. Luiza VL, Mendes LVP, Tavares NUL, Bertoldi AD, Fontanella AT, Oliveira MA, et al. Inappropriate use of medicines and associated factors in Brazil: an approach from a national household survey. *Health Policy and Planning*, 2019;34:27–35
88. Zheng, F., Ding, S., Luo, A., Zhong, Z., Duan, Y Shen, Z. Medication literacy status of out patients in ambulatory care settings in Changsha, China. *Journal of International Medical Research*, 2017; 45(1), 303-309.

89. Demirtaş Z, Dağtekin G, Sağlan R, Alaiye M, Önsüz MF, Işıklı B, ve ark. Akılcı ilaç kullanımını ölçęi geçerlilik ve güvenilirliği. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2018;3(3):37-46.
90. Bian C, Xu S, Wang H, Li N, Wu J, Zhao Y, et al. Study on the Application of the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model on Rational Drug Use Behavior among Second-Level Hospital Outpatients in Anhui, China. PLoS ONE 2015;10(8):e0135782.
91. Arrais PSD, Fernandes MEP, da Silva Dal Pizzol T, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, et al. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. Rev Saude Publica. 2016;50:13s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006117>
92. Klemenc-Ketis, Z., & Mitrovic, D. (2017). Patients' use of and attitudes towards self-medication in rural and remote Slovenian family medicine practices: a cross-sectional multicentre study. *Rural and Remote Health* 2017; 17: 3893. <https://doi.org/10.22605/RRH3893>
93. Özdinc Ş, Şensoy N, Kurt R, Altas S, Altun R. Are we using drugs rationally? A survey study from Turkey. *Pak J Med Sci* 2015;31(5):1156-1161.
94. İşler AO. 18-65 yaş arası kişilerin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve sağlık okuryazarlığı düzeylerinin akılcı ilaç kullanımını üzerine etkisinin değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). İzmir: İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi;2019.
95. Garrido PC, Garcia RJ, Barrera VH, Miguel AGM. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 2008;17(2):193–199 <https://doi.org/10.1002/pds.1455>
96. Yapıcı G, Balıkçı S, Uğur Ö. Attitudes and behavior of drug usage in applicants to primary health care center. *Dicle Medical Journal* 2011; 38 (4): 458-465.
97. Garofalo L, Guiseppa GD, Angelillo IF. Self-medication practices among parents in Italy. *BioMed Research International* 2015;2015 <https://doi.org/10.1155/2015/580650>
98. Canbolat F. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda ilaç kullanım alışkanlıklarının ve reçete maliyetlerinin değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). Konya: Selçuk Üniversitesi;2007.
99. Özkan S, Özbay OD, Aksakal FN, İlhan MN, Aycan S. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanma alışkanlıkları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2005: 4 (5):223-237.

100. Yeniçeri Ş.Çocuk acil hastaları ebeveynlerinin akılcı ilaç kullanımı ve yetişkin sağlık okuryazarlığı (Yüksek Lisans Tezi). Tokat:Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi; 2019.
101. Şantaş F, Demirgil B. Akılcı ilaç kullanımına ilişkin bir araştırma. İşletme Bilimi Dergisi (JOBS), 2017; 5(1): 35-48.
102. Kuyifatih A. Üniversite öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı konusundaki yaklaşımlarının değerlendirilmesi: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde bir uygulama (Yüksek Lisans Tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi; 2019.
103. Karaman A, Ayoğlu T, Aydoğan MN, Kuğu E. Rational drug usage status of nursing students. FNJN Florence Nightingale Journal of Nursing 2019; 27(2): 143-156.
104. Foroutan R, Foroutan B. Household storage of medicines and self-medication practices in south-east Islamic Republic of Iran. Eastern Mediterranean Health Journal 2014;20(9):547-553.

Evrak Tarih ve Sayısı: 11/09/2019-E.62186



T.C.
PAMUKKALE ÜNİVERSİTESİ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik
Kurulu

Sayı :60116787-020/62186
Konu :Başvurunuz hk.

11/09/2019

Sayın Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN

İlgi :05.09.2019 tarihli dilekçeniz.

İlgi dilekçe ile başvurmuş olduğunuz "**Denizli İli Pamukkale İlçesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Yetişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı**" konulu çalışmanız **10.09.2019 tarih ve 15 sayılı** kurul toplantımızda görüşülmüş olup,

Yapılan görüşmelerden sonra, söz konusu çalışmanın yapılmasında **ETİK AÇIDAN SAKINCA OLMADIĞINA**, altı ayda bir çalışma hakkında Kurulumuza bilgi verilmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Tahir TURAN
Başkan

EK-2

'Denizli İli Pamukkale İlçesi'ndeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Yetişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı' Anket Formu

Sayın katılımcı; bu araştırma Denizli ilindeki Aile Sağlığı Merkezlerine başvuran yetişkinlerin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili özellikleri ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Anket anonimdir, lütfen isim yazmayınız. Lütfen tüm soruları içtenlikle eksiksiz olarak cevaplamaya çalışınız. Katkınız için teşekkürler.

Arş. Gör. Dr.Recep KILIÇ
Doç. Dr. Aysun ÖZŞAHİN
Aile Hekimliği AD Öğretim Üyesi

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz a) Kadın b) Erkek

3-Öğrenim Durumunuz

a) Okuryazar değil b) Okuryazar c) İlkokul mezunu d) Ortaokul mezunu

e) Lise mezunu f) Yükseköğretim Mezunu

4- Gelir düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

a) Gelir giderden az b) Gelir gidere eşit c) Gelir giderden fazla

5-Sosyal Güvenceniz var mı? a)Evet b)Hayır

6- Kronik hastalığınız var mı?

a)Evet (bu hastalığınız için düzenli ilaç kullanıyor musunuz?) b)Hayır

7-Düzenli ilaç kullanıyor musunuz? a)Evet b)Hayır

8- Hastalandığınızda ilk ne yaparsınız?

a)Hekime başvururum b)Evdeki ilaçları kullanırım c)Yakınlarıma tavsiyesine göre ilacı eczaneden alırım d)Daha önce kullandığım ilacı eczaneden alırım

e)Hastalığımın geçmesini beklerim

9- Hastalandığınızda ilk başvurduğunuz sağlık hizmet sunucusu kişi veya kuruluş neresidir?

a)Aile Sağlığı Merkezi b)Devlet Hastanesi c)Üniversite Hastanesi(Poliklinik?
Özel muayene? d)Özel Hastane e)Özel poliklinik f)Muayenehane-
Özel hekim g)Diğer:.....

10-Doktora danışmadan ilaç kullandınız mı?a)Evet b)Hayır

11-Akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarınızın tavsiyesiyle ilaç kullandınız mı?
a)Evet b)Hayır

12- İlaç kullanmadan önce kullanma talimatını okur musunuz? a)Evet
b)Hayır

13-Daha önce hekimin önerdiği ilaçları kullanılması gereken süreden önce bıraktınız
mı? a)Evet b)Hayır

14- Daha önce hekiminizin önerdiği ilaçları hekiminizin önerdiği dozlarda mı
kullandınız? a)Evet b)Hayır

15-Hiç kullandığınız ilaca bağlı yan etki yaşadınız mı?
a)Evet b)Hayır

16-Daha önce yan etki yaşadıysanız ilk kime danıştınız?
a)Hekim b)Eczacı c)Diğer

17- Evde bulunsun diye ilaç yazdırdınız mı? a)Evet b)Hayır

18-Evde kullanılmayan artmış veya yedek amaçlı saklanan ilaç/ilaçlar var mıdır?
a)Evet b)Hayır

19-Evinizde şu anda yaklaşık kaç kutu ilaç mevcuttur?

a)0 b)1-5 kutu c)6-10 kutu d)10 kutudan fazla

20-İlaçlarınızı saklarken kullanma talimatlarında yazan saklama koşullarını okuyup,
dikkat eder misiniz? a)Okumuyorum b)Okuyorum, dikkat ediyorum c)Okuyorum
ama dikkat etmiyorum

21-İlaçları kullanmadan önce "son kullanma tarihine" bakar mısınız?
a)Evet b)Hayır

22- Son kullanma tarihi geçmiş ilaçları kullandınız mı?

a)Evet (Nedeni:.....) b)Hayır c)Bazen (Nedeni:.....)

AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ

Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve size uygun kutucuğu işaretleyiniz.

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
1. Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.			
2. Benzer şikayetleri olan bir yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.			
3. Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.			
4. İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.			
5. Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.			
6. İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.			
7. İlaçların aç veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir.			
8. İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.			
9. Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.			
10. Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.			
11. İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.			
12. Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.			
13. Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.			
14. İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.			
15. Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.			
16. Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.			
17. İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.			
18. Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.			
19. Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir			
20. Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir			
21. Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.			