

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**0-12 YAŞ ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN
AKILCI İLAÇ KULLANIMLARININ İNCELENMESİ**

Esra DURHASAN TUTUK

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Şenay ÇETİNKAYA**

ADANA-2015

T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**0-12 YAŞ ÇOCUĞU OLAN ANNELERİN
AKILCI İLAÇ KULLANIMLARININ İNCELENMESİ**

Esra DURHASAN TUTUK

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Şenay ÇETİNKAYA**

**Tez No:
ADANA-2015**

KABUL VE ONAY

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Programı Çerçevesinde yürütülmüş olan

“0-12 Yaş Çocuğu Olan Annelerin Akılcı İlaç Kullanımlarının İncelenmesi”

adlı çalışma, aşağıdaki jüri tarafından **Yüksek Lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tarihi: 08/09/2015

TEZ SINAV JÜRİSİ



Yrd. Doç. Dr. Şenay ÇETINKAYA
Çukurova Üniversitesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Başkan



Doç. Dr. Şule GOKYILDIZ
Çukurova Üniversitesi
Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Üye



Doç. Dr. Rana YIGIT
Mersin Üniversitesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Üye

Yukarıdaki Tez, Yönetim Kurulunun / / tarih ve
edilmiştir.

sayılı kararı ile kabul

Prof. Dr. Behice DURGUN
Sağlık Bilimleri Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans öğrenimim boyunca bana her zaman rehberlik ederek, ilgi, destek ve anlayışını esirgemeyen danışmanım Yrd. Doç. Dr. Şenay ÇETİNKAYA'ya,

Beni bugünlere getiren, üzerimde sonsuz emekleri olan, beni her zaman destekleyen, yardımlarını hiçbir şekilde esirgemeyen ve hep yanımda olan anne ve babama,

Tanıştığımdan beri her zaman yanımda olan, beni destekleyen ve bana güç veren sevgili eşime,

Daha bilinçli bir anne olmak uğruna onun hakkı olan zamanı çaldığım ama mutlaka telafisini yapacağım canım oğlum Yiğit'e,

Yüksek lisansa başvurmam için beni destekleyen ANEAH kadın doğum servisi sorumlusu Hemşire Zübeyde Hanım ve o dönemki nöbet arkadaşım Derya İvecen'e,

Yüksek lisansın ders aşamasında bana hep destek olan ANEAH kardiyoloji servisi başta sorumlu hemşiresi Saynur ERDUR'a ve tüm kardiyoloji hemşirelerine,

Tez döneminde beni destekleyen Tarsus Huzurevi müdürleri Belgin OK ve Duygu Nur ÖZDAĞ'a,

Çevirilerimde bana destek olan arkadaşım Müge DURHASAN ve kayınbiraderim Yaşar TUTUK'a sonsuz teşekkürü bir borç bilirim.

Saygılarımla

Esra DURHASANTUTUK

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	ii
TEŞEKKÜR	iii
İÇİNDEKİLER	iv
TABLO DİZİNİ	vi
ÖZET	viii
ABSTRACT	ix
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Çocuklarda Farmakoloji	4
2.1.1. Çocuklarda Farmakokineti	4
2.1.1.1. Emilim	4
2.1.1.2. Dağılım	5
2.1.1.3. Metabolizma	6
2.1.1.4. Atılım	7
2.1.2. Çocuklarda Farmakodinami	7
2.2. Çocuklarda Doz Hesaplama	8
2.3. Çocuklarda İlaç Çalışmaları	8
2.4. Kendi Kendini Tedavi (Self–Medikasyon)	10
2.5. Dünyada ve Ülkemizde İlaç Harcamaları	11
2.6. Akılcı İlaç Kullanımı	11
2.6.1. Akılcı Antibiyotik Kullanımı	12
2.6.2. Akılcı İlaç Kullanımında Sorumlular	14
2.6.2.1. Akılcı İlaç Kullanımında Hekimin Sorumluluğu	15
2.6.2.2. Akılcı İlaç Kullanımında Eczacının Sorumluluğu	15
2.6.2.3. Akılcı İlaç Kullanımında Hemşirenin Sorumluluğu	16
2.7. Çocuğa Akılcı İlaç Uygulama	17
2.7.1. Çocuklarda Güvenli İlaç Uygulanması	17
2.7.1.1. Çocuklara Güvenli İlaç Uygulanması İçin Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar	17

2.7.1.2. Çocuklarda Güvenli İlaç Uygulamasında Yaş Gruplarına Göre Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar.....	21
2.7.1.3. Çocuklarda Güvenli İlaç Uygulamasında Ebeveynlerin Dikkat Etmesi Gereken Durumlar	22
2.7.2. Pediatri Hastalarında Akılcı İlaç Kullanımındaki Başlıca Sorunlar ve Öneriler	23
2.7.3. Akılcı İlaç Kullanımında Hemşirelerden Kaynaklanan İlaç Hataları.....	23
2.7.3.1. Pediatrik İlaç Uygulamalarında Hemşireler Neden Daha Fazla Hata Yapar	24
2.7.3.2. İlaç Uygulama Hatalarında Hemşire Açısından Alınması Gereken Önlemler.....	25
2.8. Ailenin İlaç Uygulamaları Konusunda Hemşirenin Rolü.....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	29
3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı	29
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi.....	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	29
3.4. Araştırmanın Etiği.....	29
3.5. Veri Toplama Araçları	30
3.6. Ön Uygulamanın Yapılması	30
3.7. Sınırlılıklar	30
3.8. Veri Analizi.....	30
4. BULGULAR.....	31
4.1. Ailenin Tanıtıcı Özellikleri.....	31
4.2. Ailenin Sağlıkla İlgili Davranışları ve Akılcı İlaç Kullanımı.....	34
5. TARTIŞMA	64
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	77
6.1. Sonuçlar	77
6.2. Öneriler	78
KAYNAKLAR	79
EKLER	86
ÖZGEÇMİŞ	92

TABLO DİZİNİ

Tablo 1.	Ailenin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı	31
Tablo 2.	ilenin sağlıkla ilgili davranışları ve akılcı ilaç kullanımının dağılımı	34
Tablo 3.	Ailenin sosyal güvencesi ile çocuk hastalandığında ilk başvurduğu yer arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	36
Tablo 4.	Ailenin gelir durumu ile çocuk hastalandığında ilk başvuru yeri arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	36
Tablo 5.	Süspansiyon hazırlamayı bilme durumu ve doğru anlatımın karşılaştırılmasının dağılımı	37
Tablo 6.	Annelerin eğitimi ile kuru toz halindeki ilaçların süspansiyon haline getirme ve saklanma koşulları hakkında bilgisinin doğru olma durumuna göre incelenmesi	37
Tablo 7.	Annenin eğitim durumu ile ilaçları evde saklama yeri arasındaki ilişkinin incelenmesi.....	38
Tablo 8.	Annenin yaşadığı yerin kullanmadığı ilaçları ne yaptığına göre incelenmesi	39
Tablo 9.	Ailenin gelir durumu ile kullanmadığı ilaçlarla ilgili görüşlerinin incelenmesi	39
Tablo 10.	Sağlık kuruluşuna başvuru öncesi evde ilaç kullanımı ve başvuru yakınmasının ilgili olduğu organ/sistem dağılımı	40
Tablo 11.	Annenin yaşadığı yerin sağlık kuruluşuna gelmeden önce çocuğuna evde olan bir ilacı kullanma durumuna göre incelenmesi.....	41
Tablo 12.	Virüs kaynaklı hastalıklarda aspirin kullanımının tehlikeli olduğunu bilme ve aspirin kullanım sıklığının dağılımı	41
Tablo 13.	Ailenin gelir durumunun ilacı zamanında vermeyi unuttuğunda ne yaptığı durumuna göre incelenmesi.....	42
Tablo 14.	Anne çalışma durumunun ilacı bırakma durumuna göre incelenmesi.....	44
Tablo 15.	Annenin eğitim durumunun ilaç hakkındaki bilgiyi kimden aldığına göre incelenmesi	45
Tablo 16.	Annelerin ilaç kullanma ile ilgili görüşlerinin dağılımı	46
Tablo 17.	Annenin eğitim durumunun eczaneden ilacın eşdeğerini almayı kabul etme durumuna göre incelenmesi.....	48
Tablo 18.	Ailenin sosyal güvencesinin doktora gitmeden eczaneden ilaç alıp kullanma durumuna göre incelenmesi.....	48
Tablo 19.	Annenin çalışma durumunun evde var olan ilacı doktora danışmadan çocuğuna kullanma durumuna göre incelenmesi.....	49
Tablo 20.	Ailenin gelir durumunun evde var olan ilacı doktora danışmadan çocuğuna kullanma durumuna göre incelenmesi	49
Tablo 21.	Annenin eğitim durumunun akraba/arkadaş/komşu tavsiyesiyle çocuğuna ilaç kullanma durumuna göre incelenmesi.....	50
Tablo 22.	Annenin yaşadığı yerin akraba/arkadaş/komşuya ilaç tavsiye etme durumuna göre incelenmesi.....	51

Tablo 23.	Annenin çalışma durumunun grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora danışmadan çocuğuna antibiyotik kullanma durumuna göre incelenmesi	51
Tablo 24.	Annenin yaşının antibiyotikleri bitirmeden bırakma durumuna göre incelenmesi.....	52
Tablo 25.	Annenin eğitim durumunun kullandığı ilaç hakkında bilgi alabilme durumuna göre incelenmesi.....	52
Tablo 26.	Annenin eğitim durumunun prospektüs okuma durumuna göre incelenmesi	53
Tablo 27.	Annenin eğitim durumunun ilacı kullanmadan önce açlık-tokluk durumuna dikkat etme durumuna göre incelenmesi.....	54
Tablo 28.	Annenin eğitim durumunun ilaçları kullanırken saat aralığına dikkat etme durumuna göre incelenmesi.....	54
Tablo 29.	Annenin eğitim durumunun ilacı kullanmadan önce son kullanma tarihine bakma durumuna göre incelenmesi	55
Tablo 30.	Annenin yaş grubunun çocuğu için evde ilaç bulunsun diye doktora ilaç yazdırma durumuna göre incelenmesi	56
Tablo 31.	Annenin eğitim durumunun süspansiyon ilaçlarda kullanılan ölçek hakkında bilgi alma durumuna göre incelenmesi.....	56
Tablo 32.	Annenin yaşının ilaçla ilgili bilgi veren kişiye anlamadığı yerleri rahatlıkla sorabilme durumuna göre incelenmesi	57
Tablo 33.	Ailenin gelir durumunun ilacın yan etkileri hakkında bilgi alma durumuna göre incelenmesi.....	58
Tablo 34.	Annenin eğitim durumunun farklı bir etki yaşadığında prospektüsü yeniden okuma durumuna göre incelenmesi	58
Tablo 35.	Ailenin gelir durumunun ilaçlarla birlikte beslenme konusunda bilgi alabilme durumuna göre incelenmesi	59
Tablo 36.	Annenin eğitim durumunun ilaç tedavisinin süresi hakkında bilgi alabilme durumuna göre incelenmesi.....	60
Tablo 37.	Annenin çalışma durumunun ilaç tedavisinin süresi hakkında bilgi alabilme durumuna göre incelenmesi.....	60
Tablo 38.	Annenin eğitim durumunun virüs kaynaklı hastalıklarda çocuklarına aspirin kullanma durumuna göre incelenmesi	61
Tablo 39.	Ailenin gelir durumunun virüs kaynaklı hastalıklarda çocuklarına aspirin kullanma durumuna göre incelenmesi	61
Tablo 40.	Annenin yaşadığı yerin hapları bölerek kullanma durumunda kalmasına göre incelenmesi.....	62
Tablo 41.	Annenin eğitim durumunun hapları bölerek kullanma durumunda kalmasına göre incelenmesi.....	62
Tablo 42.	Annenin yaşadığı yerin göz/kulak/burun damlası kullanımı hakkında bilgi alabilme durumuna göre incelenmesi	63

ÖZET

0-12 Yaş Çocuğu Olan Annelerin Akılcı İlaç Kullanımı

Çalışma, 0-12 yaş çocuğu olan annelerin çocuğuyla ilgili sağlık davranışları, annelerin akılcı ilaç kullanımı ve kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapıldı.

Araştırma, Aralık 2012-Mart 2013'de, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi çocuk polikliniklerinde, 450 anne ile yüz yüze görüşülerek yapıldı.

Annelerin %30.4'ü hastaneye başvurmadan önce evde ilaç kullandığını belirtti. Annelerin %40.3'ü hastalık durumunda ilk başvuru merkezi olarak Devlet Hastanelerini tercih etmektedir. Annelerin %32'si antibiyotikleri bitirmeden bırakmamakta, %65.4'ü her zaman prospektüs okumakta, %77.3'ü son kullanma tarihine her zaman bakmakta ve %48.8'i her zaman süspansiyon halindeki ilaçlarda kullanılan ölçek hakkında bilgi almaktadır. Süspansiyon halindeki ilacı hazırlama bilgim var diyen annelerin sadece %46'sı hazırlamayı doğru olarak anlatabildi. Annelerin %6.4'ü ilaçları üzerinde yazan dereceye göre saklamakta ve %42.9'u kullanmadığı ilaçları çöpe atmaktadır. İlacı kullanırken annelerin %74.3'ü saat aralığına her zaman dikkat etmektedir. Annelerin süspansiyon halindeki ilacı doğru hazırlama ve ölçeği hakkında bilgi alma, ilacı sakladığı yer, prospektüs okuma, son kullanma tarihine bakma ile annelerin eğitimi arasında anlamlı ilişki bulundu ($p<0.05$).

Halkın akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgi düzeyinin görsel videolar kullanılarak, yazılı broşür dağıtılarak artırılması, sağlık çalışanlarına düzenli hizmet içi eğitimler verilerek bilgilerinin güncel tutulması ve bu konuda halkı bilgilendirmesi, prospektüslerin daha anlaşılır bir dille yazılması, kullanılmayan ve son kullanma tarihi geçmiş ilaçların uygun şekilde imha edilmesi için gerekli yasal prosedür oluşturulup uygulanmaya konması önemlidir.

Anahtar Sözcükler: Anne, akılcı ilaç kullanımı, çocuk, hemşire.

ABSTRACT

Rational Medicine Usage For Mothers With Children Of Age 0-12

This study was conducted to determine the medical behavior of mothers with children of age 0-12, rational medicine usage and the causes affecting medicine usage.

The study was conducted at University of Cukurova Medical Faculty Balcalı Hospital pediatry policlinics between December 2012 and March 2013 by face to face interviews.

30.4% of mothers stated they used medicine prior to admission to the hospital. In case of sickness 40.3% of mothers prefer visiting state hospitals first. 32% of mothers do not stop administering antibiotics until suggested dose is completed. 65.4% of them always read the prospectus, 77.3% always check the expiry date and 48.8% always get informed about the dosage of medicine in suspension form. Among mothers who stated that they have knowledge about preparing medicine in suspension form, only 46% correctly described the preparation process. 6.4% of mothers keep the medicine according to the specified temperature and 42.9% dispose the medicine they do not use. While administering the medicine 74.3% of mothers are always mindful of the intervals. There's a direct correlation found between mothers' level of education and, knowledge of preparing medicine in suspension form and likelihood of inquiring about the dosage, how they keep the medicine, reading the prospectus and checking the expiry date ($p < 0.05$).

Increase the people's overall level of knowledge about rational medicine usage through videos and by distributing brochures, keeping the knowledge of medical personnel up to date and fresh by regular training sessions and having them inform the masses, rewriting the prospectuses more clearly and in a comprehensible manner, and creating legal procedure for disposing unused and expired medicine properly are crucial steps that should be taken.

KeyWords: Mother, rational medicine usage, child, nursing.

1. GİRİŞ

Çocukluk çağı döllenmeden itibaren başlamakta, ergenliğin sonuna kadar devam etmektedir. Değişik yaş gruplarında çocuğun vücut ağırlığı ve yüzeyi, vücut su içeriği, yağ dokusu, mide pH'sı, mide boşalma zamanı, bağırsak hareketleri, plazma protein düzeyi farklılıklar gösterir. Ayrıca yaşamın ilk aylarında karaciğer ve böbrek başta olmak üzere fizyolojik işlevler de tam olgunlaşmamıştır. Bu özellikler nedeniyle çocuklarda, özellikle yenidoğan ve süt çocuklarında ilaçların emilimi, vücutta dağılımı, metabolizması ve böbrekten atılımı büyük çocuklardan ve erişkinlerden çok farklıdır (1-4).

İlaç kullanımının tıbbi tedavide önemli bir yeri vardır. İlaç ile tedavinin amacı, çeşitli hastalıkları önlemek, hastalık etkilerini azaltmak ya da kontrol altında tutmaktır. Bu amaca ulaşmak için toksik düzeye çıkmayacak kadar yeterli ilaç dozlarını hedef dokulara ulaştırmak gerekir. Ayrıca tıbbi tedavinin başarılı olabilmesi için ilaçların doğru ve düzenli bir şekilde kullanılması esastır (5-7).

Çocuklar birer minyatür yetişkin değildir. Pediatrik ve yetişkin hastalar arasında ilaçların biyoyararlanımı, farmakokinetik ve farmakodinamik özellikleri, etkinlikleri ve yan etkileri arasında belirgin farklılıklar vardır. Yenidoğan, bebek ve çocuklar, birçok ilacın farmakokinetik ve farmakodinamik özelliklerini değiştiren fizyolojik farklılıklarından dolayı ilaç tedavisinde özel uygulamalara ihtiyaç duyar. Ancak piyasada bulunan birçok ilaç çocuklarda kullanılmasına rağmen, bu ilaçların sadece dörtte biri FDA (Food and Drug Administration) tarafından pediatrik popülasyonda görülen hastalıklarda kullanılması için onaylanmıştır (2).

Çocuk, ilaç hataları açısından riskli bir topluluktur. Bu topluluğun gelişimsel özellikleri, birçok ilacın çocuk formunun olmaması ve sulandırılarak uygulanması hata riskini ve etkisini artırmaktadır. Hasta güvenliğinin son yıllarda dikkat çektiği ülkemizde, çocuk ilaç hatalarının sıklığına yönelik bilinenler son derece sınırlıdır (8).

Çocuklara özel ilaçlar bulunmadığında, sağlık personeli ve ebeveynler genellikle yetişkin doz olan tabletleri kırarak, kapsül ise suda eriterek kullanır. Bu uygulama ebeveyn ya da bakım veren için zordur. Çocuk için ilacın alınması zor olabilir, ilacın yüksek ya da düşük doz alınmasına ve olası yan etkilerle tedavinin başarısız olmasına neden olabilir (9).

Ülkemizde pek çok ilaç eczanelerde üzerinde "Reçete ile satılır" ibaresi olduğu halde reçetesiz satılmaktadır. Ek olarak evlerde çok sayıda daha önceki tedavilerden kalma ilaçlar bulunmaktadır. Bunun sonucunda hastalar kendilerine önceden önerilen ilaçları kullanabilmektedir. Uskun'un (2004) çalışmasında araştırmaya katılanların %42.9'unun sağlık ocağına başvuru öncesinde ilaç kullandığı ve katılımcıların eğitim durumu yükseldikçe sağlık ocağına başvuru öncesi ilaç kullanma sıklığının arttığı belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada başvuru öncesi en çok ilaç kullanılan yaş grubunun 0-4 yaş grubu olduğu (%53.3) ve yaş azaldıkça ilaç kullanma sıklığının azaldığı görülmüştür. Çalışmada başvuru öncesinde en çok kullanılan ilaç grubunun analjezikler olduğu ve çoğunluğunun evde bulunan ilaçlardan (%74.7) temin edildiği belirlenmiştir (10).

Reçetesiz antibiyotik kullanımı da önemli bir sorundur ve akılcı antibiyotik kullanımının önündeki engellerden biridir (11). Ayrıca uygunsuz ilaç kullanımının en fazla olduğu ilaç grubu yine antibiyotiklerdir. Hayvanlarda da yanlış antibiyotik kullanımıyla dirençli mikroorganizmalar gelişmektedir. Bu mikroorganizmalar insanlara geçerek antibiyotiklere dirençli enfeksiyon hastalıklarına neden olmaktadır. Yanlış ilaç kullanımının ileriye dönük en önemli bir tehlikesi de ekolojik dengenin bozulmasıdır (6).

Sağlık ekibinin her üyesi, kendi uzmanlık alanına yönelik uygulamaları gerçekleştirirken hasta ile belli bir zaman geçirir. Bununla birlikte hasta ile yakın ve uzun süreli ilişkisi, hemşireye bakım ve tedavi uygulamalarında önemli sorumluluklar yüklemektedir (12).

Profesyonel hemşirelik, halk sağlığında önemli bir role sahiptir. Her topluluk için mevcut koşullara göre, daha iyi bir yaşam kalitesine yönelik ve uzun süreli bir sağlık için, sağlık teşviki ve hastalıkları önleme, insanların davranışlarını etkileme ve onların alışkanlıklarının değişimi eğitim yoluyla sağlanabilir (13).

Hemşireliğin önemli bir dalı olan çocuk hemşireliğinde hemşire; ilaç kullanımını denetler, ilaçların düzenli kullanılmasının anlaşılıp anlaşılmadığını değerlendirir, doktorun tavsiyelerinin hasta ve hasta yakınından uygun geri bildirimini sağlar (yan etkiler ve benzer durumlarda ne yapmaları gerektiği gibi). Bütün bunların eğitimini ve konsültasyonunu sağlamak çocuk hemşirelerinin görevleri arasındadır (4).

Ülkemizde yapılan araştırmalarda hemşirelerin, anneleri çocuğun bakımı konusunda bilgilendirme, uygulanan tedavi ve bakıma ilişkin soru sorma fırsatı verme, annelere ulaşılabilir olma konusunda yetersiz kaldıkları ortaya çıkmıştır. Kuzlu ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada çocuğun bakım ve tedavisi hakkında bilgilendirilen anne oranı %68.2 olarak belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada annelerin çoğunluğu çocuğun bakım ve tedavisi hakkında soru sorabildiklerini ifade etmesine rağmen, %22.4'ünün soru sormadığını belirlenmiştir (14).

Hastalara taburculuk sonrası yapılması gerekenler konusunda bilgi verilmesi, tedavisinin devamlılığını sağlayacağı gibi çıkabilecek problemler karşısında da planlı bir şekilde hareket etmesini sağlayabilir. Cořkun'un (2001) yaptığı çalışmada hastaların %71.6'sı taburcu olurken ilaçlarını nasıl kullanacağı, diyeti ve dikkat etmesi gereken konular hakkında bilgi aldıklarını belirtirken, %28.4'ü bu konularda bilgi almadıklarını belirtmiştir. Hastalara taburcu olmadan önce verilecek eğitim aldıkları tedavi ve bakımın etkililiğini devam ettirecek olmasına rağmen bu basamağın yeterli düzeyde uygulanmaması hemşirelerin bu konuya yeteri kadar önem vermediklerini dūřündürmektedir. Bonettive arkadaşlarının (2000) alışmasında hastaların sadece %3'üne taburcu olduktan sonra kullanacakları ilaçlar ile ilgili bilgi verildiği belirlenmiştir (15). Dūnyada yetişkinlerin ilaç kullanımı ile ilgili birçok çalışma yapılmış olmasına rağmen pediatri de ilaç kullanım alışkanlığı hakkında çok az çalışma bulunmaktadır (16).

2. GENEL BİLGİLER

Medikal farmakoloji, ilaçların ve bunların insan vücudundaki etkileşimini inceleyen bilim dalıdır. Bu kimyasal etkileşim iki önemli bölüme ayrılır; farmakokinetik: vücudun ilacı nasıl işlediği, ilaca ne yaptığı ve farmakodinamik: ilacın nasıl çalıştığıdır (17-19).

Bir ilacın farmakokinetiği ve farmakodinamiği klinik farmakoloji değerlendirmesi için esastır. Bu durum pediatrik popülasyonda ilaç ya da biyolojik etki-tepki ilişkisini tanımlamak için önemlidir (20).

2.1.Çocuklarda Farmakoloji

2.1.1. Çocuklarda Farmakokineti

Farmakokineti, bir ilacın emilmesi, vücutta dağılması, metabolize edilmesi ve atılması sürecini inceler. Bebeklerde ve çocuklarda vücut sistemlerin immatürlüğü nedeni ile ilaçların emilmesi, dağılması, metabolize edilmesi ve vücuttan atılması, yetişkinlerden farklıdır (2-5).

2.1.1.1.Emilim

Emilim, bir ilacın vücut sıvılarına geçmesi ve reseptör alana (etki alanına) taşınma sürecidir (4). Çocuklarda gastrointestinal sistem (GİS), cilt, kas ve akciğerler gibi Emilim yüzeylerindeki gelişimsel değişiklikler, ilaçların biyoyararlanımını önemli derecede etkileyebilmektedir (3).

Doğumda gastrik pH nötrale yakındır (pH 6-8). İlk 8-10 gün hemen hemen hiç asit salgılanması olmaz ve görece aklorhidri durumu 15 gün kadar sürdükten sonra gastrik pH yavaş yavaş asit yöne kaymaya başlar ve erişkinlerdeki değere ancak 2-3 yıl içinde erişir. Asit salgısı gastrik mukozanın olgunlaşması ile yakından ilgilidir. Yenidoğandaki görece aklorhidri durumu fenobarbital, fenitoin, aspirin gibi zayıf asit ilaçların Emilim hızının yavaşlamasına ve emilen miktarın azalmasına neden olurken, asit ortamda dayanıksız olan penisilinlerin biyoyararlanımını artırır (18,21).

Gecikmiş gastrik boşalma ve düzensiz intestinal peristaltizm bebeklerde ve küçük çocuklarda bazı ilaçların daha yavaş emilmesine yol açar (3,21,22). Yenidoğan

döneminde midenin boşalma zamanı 6-8 saattir ve 6-8 aylarda yetişkin değeri olan 2 saate ulaşır. Yaklaşık 8. aya kadar düzensiz peristaltik hareketler, ilacın emilimini ve kanda en üst düzeye ulaşmasını geciktirir (23).

İntramüsküler ya da subkutan yolla verilen ilaçların emilimi, primer olarak uygulanan bölgedeki doku perfüzyonuna bağlıdır. Yenidoğanda çeşitli kas ve dokulardaki kan akımı yeterli olmadığı için, intramüsküler ya da subkutan yolla verilen ilaçların emilimi azalır (5).

Bebek cildinin ince ve perkütan emiliminin fazla olmasından dolayı yenidoğan ve infantlarda ciltten emilim artmıştır. Topikal preparatlar (güçlükortikosteroidler gibi) yoğun ve yaygın uygulandıklarında sistemik toksisiteye neden olabilir (2,3,24).

Pediyatrik hastalarda, akciğer alveolleri doğumdan sonra oluşmakta ve erişkin sayısına ancak 6 yaşında gelebilmektedir. Sonuçta, çocukta alveolar ventilasyon oranı daha büyüktür ve bu fark bu hasta grubunun inhaler gazlara daha çabuk reaksiyon vermesi anlamına gelmektedir (22).

2.1.1.2.Dağılım

İlaç emildikten sonra kan yolu ile çeşitli organlara ve vücut dokularına taşınır (5). Yenidoğanda erişkine göre total vücut suyu daha fazla ve hücre dışı sıvı/hücre içi sıvı oranı yüksektir. Ayrıca yağ dokusu daha azdır. İskelet kası kitlesi total ağırlığın %25'i kadardır. Beyin ve karaciğer ağırlıklarının vücut ağırlığına oranı erişkine göre daha fazladır. Beynin miyelin miktarı daha azdır, erişkine göre serebral kan akımı daha fazladır. Bu değişik fizyolojik koşullar ilaçların vücutta dağılımını etkiler (18).

Yenidoğan ve infantlarda kan-beyin bariyeri, immatür olması ve membran geçirgenliğinin fazla olması nedeniyle ilaçlara daha geçirgendir. Myelinizasyon doğumdan sonra da devam etmektedir. Bu nedenle çok küçük çocuklarda santral sinir sisteminde ilaç düzeyleri yüksek konsantrasyonlara ulaşabilmektedir. Bu durum santral sinir sistemine yan etki riskinde önemli artışa yol açabilmektedir (3,24).

Total vücut sıvısı (vücut ağırlığının yüzdesi) yenidoğanlarda (%78) erişkinlere göre (%60) daha fazladır ve yaşamın ilk yılı süresince gittikçe azalır (erişkin düzeyine düşer). Ekstravasküler sıvı yüzdesi ilk yaşlarda daha yüksektir. Dağılım hacmi (hacim/vücut ağırlığı olarak ifade edildiğinde) yenidoğanlarda erişkinlerden daha büyüktür ve çocukluk süresince gittikçe erişkin düzeyine doğru azalır (21).

Yağ dokusu ve iskelet kası dokusunun relatif kitlesi yetişkinlere göre düşüktür. Özellikle yağda çözünürlüğü yüksek olan ilaçların dağılım hacimleri daha fazladır, daha düşük dozlarda uygulanmalıdır (2,21).

Bebekteki düşük serum albümin ve total protein konsantrasyonu erişkin değerlerine 10-12 ay civarında yaklaşır (22). İlaçların plazma proteinlerine bağlanma oranları total protein konsantrasyonunun yetişkinlere göre az olması nedeniyle düşüktür (2,21). Bu durum proteine bağlanan ilaçların biyoyararlanımını etkilemektedir (22). Plazmada serbest ilaç konsantrasyonu daha fazla olduğunda toksik etki oluşma potansiyeli daha yüksek olacaktır (2,21).

Kalp debisi ve kan akım hızının vücut ağırlığının kg'ı başına değerleri erişkinlerdekenden yüksektir; bu nedenle ilaçların dağılım hızı çocuklarda daha yüksektir ve dağılım dengeye daha çabuk erişir (25).

2.1.1.3. Metabolizma

İlaçlar uygulandıkları andan başlayarak vücutta çeşitli enzimlerin etkileri ile karşılaşılır ve kimyasal değişikliğe uğrarlar (18). İlaçların metabolizması GİS, böbrek, akciğer ve plasentada da olmasına rağmen karaciğer ilaç metabolizmasının asıl yeridir (3).

Karaciğer, ilaç metabolizması için en önemli organdır. Yenidoğanlarda karaciğer vücut ağırlığının %5'ini oluştururken, yetişkinlerde yalnızca %2'sini oluşturmaktadır (26). Doğumda hepatik microsomal sistemi tam olarak olgunlaşmamıştır fakat ilk dört haftadan sonra hızlıca olgunlaşır (24).

Kan akışı ve ilaç yıkan enzimler çocuklarda (yetişkinlere kıyasla) düşüktür. Kan akışı yetişkin düzeylerine 1 yaşlarında ulaşır. İlaç yıkma mekanizmaları iki fazda sınıflandırılabilir. Faz 1 ilaç moleküllerinin yapısal değişikliğini içerir. Faz 2 reaksiyonları ise genellikle suda daha iyi çözülebilen bir parça ile birleşmedir. Yenidoğanlarda hem faz1 hem de faz2 metabolik enzimleri olgunlaşmamış olabilir. Çocuklardaki ilaçların yıkımından kaynaklanan bu farklı durum, yetişkinlerde ulaşılan kan plazması düzeylerinden daha yüksek ya da düşük düzeylere ulaşılmasına neden olur. Nitekim çocuklarda yetişkinlerde olmayan metabolitleri üreten terapötik maddelerin örnekleri vardır. Bu metabolitler, çocuklarda ilaç uygulamasında gözlemlenen etkililik ve/veya toksisiteden kısmen sorumlu olabilir (26). Karaciğer

enzimlerinin küçük çocuklarda göreceli olarak daha az olması nedeniyle de, doz doğru ayarlanmadığında yüksek toksisite riski bulunmaktadır (22).

2.1.1.4. Atılım

İlaçlar değişmeden ya da metabolitleri olarak başta idrar olmak üzere gaita, solunum havası, ter, gözyaşı ve emzirme ile atılırlar (5,18).

Yenidoğanda böbrek anatomik ve işlevsel olarak tam olgunlaşmamıştır (18). Yenidoğanda glomerüler filtrasyon hızı ve böbreklere olan kan akımı, yetişkindeki hızın %30-40'ı kadardır (5). Renal kan akımı için erişkin değerlerine 5-12 aylarda, glomerüler filtrasyon hızına 12. ayda ulaşıldığı görülmektedir. Sonuçta immatür kapasitesi nedeniyle genç böbrekler ilaç atımında yeterli değildir (22). İşlevsel değerleri ancak 6-8 ay sonra erişkininki ile karşılaştırılabilir düzeye erişebilir. Yenidoğanda glomerüler filtrat ile değişmeden atılan ilaçların, örneğin aminoglikozid antibiyotiklerin kullanımında dikkatli olmak gerekir (18).

Safra yoluyla bağırsaklara dökülen ilaçlar gaita ile atılmaktadır. Bağırsaklardan ilaçların tekrar emilip karaciğere dönmesi söz konusu olduğundan, bu yolla atılan ilaçların etkileri uzayabilmektedir (27).

2.1.2. Çocuklarda Farmakodinami

İlaç-vücut ilişkisinde ilacın vücudu etkilediği aşamadır. İlaç, ulaştığı hedef doku ve hücrelerde bulunan reseptör, enzim ya da çeşitli hücre alt birimlerini etkileyerek farmakolojik yanıt oluşturur (18). Çocuklarda gelişim dönemlerine göre farmakokinetik değişiklikler bilinmesine rağmen, farmakodinamik özelliklere ilişkin bilgiler sınırlı ve azdır (28). Var olan verilerin büyük bölümü deney hayvanları ile yapılan çalışmalara dayanmaktadır (18).

Klinik çalışmalardan ve hayvan deneylerinden elde edilen veriler yaşla birlikte reseptör gelişiminin ilaç cevabında değişikliklere neden olduğunu göstermektedir. Hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların farmakodinamik cevapları arasında bebeklik ve çocukluk dönemi boyunca farklılıklar olması olasıdır (4).

2.2.Çocuklarda Doz Hesaplama

Pediyatrik yaş grubunda ilaç dozlarını hesaplamak için basit bir yöntem yoktur. Ayrıca birçok ilacın dozu bu yaş grubunda kesinlik kazanmamıştır. İlaç dozlarının hesaplanmasında birim olarak vücut ağırlığı ve vücut yüzeyi kullanılır (29).

Çocuk dozunun vücut ağırlığına göre hesaplanmasıyla ilgili Clark Formülü (2,25):

$$\text{Çocuk dozu} = \frac{\text{Çocuğun ağırlığı (kg)}}{72} \times \text{erişkin dozu}$$

Çocuklarda dozlar çoğunlukla kiloya göre standardize edilmiş, yani kilogram başına doz, örneğin mg/kg olarak belirtilmiştir. Küçük çocuklarda metabolizma hızı daha yüksek olduğundan, kilogram başına verilen doz bazı ilaçlar için erişkinlerde olduğundan daha yüksek olabilir ya da obez çocuklarda vücut ağırlığına göre doz hesaplanması, gereğinden çok fazla ilaç verilmesine neden olabilir (30).

Çocuk dozunun hesabında en az hataya yol açan ve en çok tercih edilen yöntem vücut yüzey alanının m²'si başına yaklaşımıyla hesaplanan dozdur.

$$\text{Çocuk dozu} = \frac{\text{Vücut yüzey alanı (m}^2\text{)}}{1.8} \times \text{erişkin dozu}$$

On iki yaşın altındaki çocuklar ilaçlara aynı ağırlıktaki yetişkinlerle aynı tepkiyi vermezler. Bu nedenle çocukların ilaç dozlarını hesaplarken vücut yüzey alanını kullanmak daha uygundur ancak hala dozu ağırlığa göre vermek sık görülen bir uygulamadır. Gelişmiş ülkelerde çocuklar daha kilolu olduğundan, alması gerekenden daha büyük bir doz alması riski oluşmaktadır. Eğer çocuk, 15 yaşından küçük ya da 150cm'den kısa ise ve 50kg'dan ağırsa, ilacı yaşına ve ideal (olması gereken) vücut ağırlığına göre verilmelidir (31).

2.3.Çocuklarda İlaç Çalışmaları

İyi tasarlanmış pediyatrik farmakoloji çalışmaları, iyi bilinen, çocukluk boyunca vücut bileşenlerinin lineer olmayan değişimi yanı sıra fiziksel büyüme ile birlikte

kompleks olağan değişimler hakkında bilgileri kullanır, ancak gelişimsel farmakolojide pediatri alanında hala bilgi boşlukları bulunmaktadır (32).

Çocuklar için uygun ve güvenli ilaç geliştirilmesi küresel bir sorundur (33). Ekonomik ve etik konular nedeni ile çocukların klinik çalışmalara katılamaması çocuklarda ilaçların etkisi hakkındaki spesifik bilgilerin çoğunlukla yetersiz kalmasına ve pediatrik klinik farmakoloji alanında araştırmaların sınırlı olmasına neden olmaktadır (16,24,33).

Ne yazık ki günümüzde, çocuklarda kullanılan ilaçların %50-90'ı aslında bu popülasyonda çalışılmamıştır (33). Dünya çapında ilaçların çoğunluğu çocuklar için kolay ve doğru uygulama için formüle edilmemiştir. Bu durum etiketsiz ve lisanssız ilaçlar gibi bazı ilaçların kullanımına yol açmıştır (34).

Yeni ilaçlar çocuklara, ilk defa ancak başka bir alternatif bulunmadığında ya da var olan ilaçların kabul edilemeyecek yan etkileri ile karşılaşıldığında verilmektedir. İlaç üretici firmalar, ilaçlarını çocuklarda kullanım için nadiren lisanslamaya çalışmaktadır. Çocuklara, o yaş grubu için lisanslanmamış ilaçlar yazıldığında hem etkinliği hem de olası yan etkileri dikkatlice kaydedilmelidir. Reçeteyi yazanlar, lisanssız preparatlar (çocuklara uygun formüle edilmiş) ya da lisanlı ancak yaş grubu dışında olan preparatlar yazmalarından dolayı sorumluluğu almaktadır (24).

Dünya Sağlık Örgütü bir ilacın tanı, tedavi ya da koruma amacıyla uygun dozda kullanımı sırasında oluşan istenmeyen ve zararlı yanıtı ilaç yan etkisi olarak tanımlamaktadır (35). Çocuklar genellikle istenmeyen ilaç yan etki riskine maruz kalmaktadır (33). Endikasyon dışı ve lisanssız ilaç kullanımını inceleyen çalışmalar, bu durumun daha fazla ilaç yan etki görülme riskiyle bağlantılı olduğunu göstermektedir (36).

Pediatri enfeksiyon hastalıklarının en hassas nüfus grubu arasındadır. Çocuklarda farmakodinamik ve farmakokinetik farklılıklar olması, onları çeşitli ilaç yan etki reaksiyonlarına karşı daha duyarlı hale getirmektedir (16).

İstenmeyen ilaç reaksiyonları hastanede yatan hastaların %10-20'sinde, poliklinik hastaların %25'inde görüldüğü bildirilmiştir. İlaç reaksiyonlarının yalnızca %6-10'u alerjik ilaç reaksiyonlarına bağlıdır. Çocuk yaş grubunda ilaç reaksiyonları ile ilgili veriler çok kısıtlı olmakla beraber, yapılan bir çalışmada çocuk yaş grubunda hastaneye başvuruların %2.09'unun, polikliniğe başvuruların %1.46'sının, yatan

hastaların ise %9.53'ünün başvuru nedeni ilaç reaksiyonlarıdır. Türkiye'de ilaç reaksiyonları ve alerjilerinin sıklığı ile ilgili ayrıntılı veriler olmamakla birlikte 6-9 yaş arası çocuklarda, ailelerin bildirdiği ilaç alerjisi sıklığı %2.8 olarak bulunmuştur (35).

İyi düzenlenmiş, güvenli ve etik ilaç araştırmalarının çocuklarda gerçekleştirilmesi ve çocukluk çağında kullanılacak ilaçların da geliştirilmesi ve ruhsatlandırılmasına önem verilmesi, gelecekte ilaç ile ilgili çalışmaların önceliklerinden biri olmalıdır. Bu sayede çocuklarda ruhsatsız ilaç kullanımının önüne geçilebileceği gibi; çocuklar için kaliteli, etkili ve güvenli tedavi seçeneklerinin de ortaya konulması sağlanabilecektir (37).

2.4.Kendi Kendini Tedavi (Self-Medikasyon)

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, öz tedavi, "kişilerin kendilerinin saptadığı belirtiler ya da hastalıkların tedavisi için, ilaçları/ürünleri kendi kendine seçmelerini ve kullanmalarını" ifade eder. Ülkemizde sadece çok az sayıdaki "reçetesiz satılabilir" ürün dışında tüm ilaçların reçete ile satın alınması hükmü bulunmaktadır. Ancak kontrole tabi olan sınırlı sayıdaki ilaçlar dışında hemen hemen bütün ilaçlar eczaneden reçetesiz olarak, akılcı olmayan biçimde satın alınabilmektedir. Hekime danışmaksızın eczaneden ilaç almak, ülkemizde yaygın olarak görülen ve uygun olmayan hatalı bir davranıştır. Bunun dışında kişiler hasta olduklarında daha önceki deneyimlerinden hareketle; evde bulunan ilaçları hekime danışmadan kullanmak, eş-dost-akrabanın önerisi ile ilaç kullanmak, ilaçları hekimin önerdiği dozdan farklı biçimde kullanmak ya da tedaviyi erken kesmek/ilacı almayı bırakmak da uygun olmayan davranışlardır. Böylece, hekime danışmadan, kendi bildiğince ya da başkasının önerisi ile ilaç alma, "self medikasyon" olarak anılan tehlikeli bir kötü kullanım alışkanlığı ortaya çıkmaktadır (38,39).

Tropik bölgelerde kocakarı ilaçları ve kendi kendine ilaç kullanımı çocuk sağlığı için yaygın olarak kullanılmaktadır. Ancak bu durum sadece tropik bölgelerle sınırlı değildir. Bebeklerde bundan nasibini almaktadır. Büyük kısmında hiç gerek olmadığı halde ya da basit belirtiler için anneleri tarafından (gripewater–bir tür kocakarı ilacı/karışımı, az miktarda alkol, tarçın, dereotu, yağ, rezene, karbonat içeren ve sindirim, gaz problemleri ve ağrı kesici olarak kullanılan karışım) verilmektedir. Kendi kendine ilaç kullanımı özellikle kronik hastalıklarda bazı kişilerin hastanede tedaviyi

tamamlayamamasının sebeplerinden de biridir. Hastane dışında tedavi edilen pediatrik verem hastalarının %72.9'unun anti-tüberküloz ilaçlarıyla aralıklı olarak ve izin verilen sürelerin ötesinde ilaç kullandığı rapor edilmiştir (40).

2.5. Dünyada ve Ülkemizde İlaç Harcamaları

Ülkemizde ve dünyanın pek çok gelişmekte olan ülkesinde sağlık için ayrılan bütçeler sınırlıdır. Mevcut kaynaklar sınırlı olduğundan, bunları mümkün olan en iyi şekilde kullanmak gereklidir (41). Tüm dünyada sağlık harcamaları arasında, ilaç harcamaları önemli yer tutmakta ve sağlık otoriteleri genel sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarını azaltmaya yönelik tedbirler almaktadır (42).

Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının %10-15'i ilaç harcamalarına ayrılırken, ülkemizde bu oran %40'ın üzerindedir (39). Türkiye'de 2002 yılında 700 milyon kutu ilaç tüketilirken, 2011 yılında eczaneler kanalıyla tüketilen ilaç sayısı 1.7 milyar kutuya, kişi başına tüketilen ilaç miktarı ise 23 kutuya ulaşmıştır. Hastanelerde tüketilen ilaçlar buna dahil değildir. ABD'de ise 2011 yılında tüketilen ilaç miktarı 4 milyar kutu, kişi başına tüketilen ilaç miktarı ise 13 kutudur (43).

Ankara Ticaret Odası tarafından 2006 yılında hazırlanan "İlaçta İsrar" konulu rapora göre; ülkemizde eczanelerdeki ilaçların ortalama %7'si kullanım süresi dolduğu için çöpe atılmakta, evlerde ise ilaçların %60'ının kutusu dahi açılmadan tarihi sona ermektedir. Tüm bu çöpe giden ilacın maliyeti ise yaklaşık 500 milyon doları bulmaktadır (39). Hem gereksiz ilaç tüketiminin neden olduğu finansman sorunu hem de ilacın yan etkileri nedeniyle akıllı ilaç tüketiminin özendirilmesi gerekmektedir (43).

2.6. Akılcı İlaç Kullanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1985 yılında Nairobi'de düzenlenen bir toplantıda, akılcı ilaç kullanımını (AİK); "Hastaların ilaçları klinik gereksinimlerine uygun biçimde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almaları için uyulması gereken kurallar bütünü" olarak tanımlamıştır. Akılcı ilaç kullanımı süreci, hastanın probleminin dikkatlice tanımlanması, tedavi amaçlarının belirlenmesi ve değişik seçenekler içinden etkililiği kanıtlanmış ve güvenilir bir tedavi seçilmesi, sonra da uygun reçete yazılıp,

hastaya verilecek açık bilgi ve önerilerle tedaviye başlanması, tedavinin sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan sistematik bir yaklaşımdır (16,42,44,45).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı, yukarıda verilen tanıma göre akılcı kullanıma uygun olmayan ilaç kullanımını ifade etmektedir (46). Akılcı olmayan ilaç kullanımı günümüzde önemli bir sağlık sorunudur (39).

Akılcı olmayan ilaç kullanımının yaygın örnekleri; bir hasta için gereğinden fazla sayıda ilacın kullanılması (polifarmasi), hastalara gereksiz ilaç reçete edilmesi, uygun olmayan ya da gereksiz antibiyotik kullanımı, oral alım daha uygun olacak iken enjeksiyonun tercih edilmesi, klinik kılavuzlara uygun olmayan ilaçların reçete edilmesi, belirlenen ilaç tedavisine hastalar tarafından uyulmaması ve hastaların kendilerini reçete ile satılan ilaçlarla uygunsuz tedavi etme çabalarıdır. DSÖ'nün tahminlerine göre tüm ilaçların yarısından fazlası uygunsuz şekilde reçete edilmekte, dağıtılmakta ya da satılmaktadır (46).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı sonucunda antibiyotiklere karşı bakteriyel direnç, etkili olmayan tedavi, advers (ters) ilaç reaksiyonları, topluma ve hastaya ekonomik yük getirmektedir (6,39).

Akılcı ilaç kullanımı bilincinin aşılması için örgün ve yaygın eğitim olanakları kullanılmaya ve geliştirilmeye devam edilmelidir. Eğitim sürekli ve gerçek hayata uygun olmalıdır. Eğitimin yanında, kazanılan tutum ve davranışların korunması ve desteklenmesi için gerekli idari düzenlemeler yapılmalıdır. İlaç politikaları bu yönde şekillendirilmelidir. İlaçlardan beklenen faydalara ulaşılması bu sayede mümkün olabilir (46).

2.6.1.Akılcı Antibiyotik Kullanımı

Kişi başına kullanılan ilaç miktarı ve maliyeti açısından; dünyada kalp ve damar hastalıkları ilaçları birinci sıradayken, Türkiye'de antibiyotikler kişi başına düşen ortalama medikasyonda %17-19 arası bir oranla listenin en üstündedir (47,48).

Türkiye'de hastanede yatan hastalar için antibiyotik kullanım sıklığı %30'un üzerindedir. Bu durum yoğun bakım üniteleri için %50 artış göstermektedir. Türkiye'de antibiyotik tedavisi doktorlar tarafından çok sık yazılmaktadır. Bir araştırmada, kliniklere başvuran hastaların önemli bir bölümüne (%15-48) antibiyotik yazıldığı ve bunlardan yalnızca %2-2.5'inin kültür sonuçlarına göre verildiği bulunmuştur. Bütün

çalabalara rağmen birçok çalışma uygunsuz antibiyotik kullanımının %60'lara ulaştığını raporlamaktadır (48).

Çocuklarda antibiyotik kullanım ilkeleri genellikle erişkinlerdekine benzerdir, ancak bazı konularda büyük farklılıklar olabilir. Çocuğun dinamik doğası bu farklılıklarda rol oynar. Çünkü çocukların dehidratasyona ve sistemik hastalığa eğilimi erişkinine göre daha fazladır. Çocuklarda antibiyotik kullanımında klinikte önemli olan ve tedavi başarısını doğrudan etkileyen bazı hususlar vardır. İlacın mevcut enfeksiyon ajanına karşı etkili olması (uygun ampirik tedavi), ucuz, tadı güzel, mümkünse doz aralığı uzun (günde bir veya iki dozda), yan etkinin (özellikle kusma, ishal, alerji) az olması farmakokinetik tedavi başarısını etkilemektedir (22,49).

Günümüzde kullanılan antibiyotiklerin üçte biri solunum yolları enfeksiyonlarına karşı kullanılmaktadır. Yazılan antibiyotiklerin %75'i şiddetli ortakulak iltihabı, sinüzit, bronşit, bademcik iltihabı, farenjit ve diğer spesifik olmayan üst solunum yolları enfeksiyonlarına karşıdır (48,50,51) ve ülkemiz genelinde yapılan bir çalışma sonucu çocuk yaş grubu hastalarda üst solunum yolu enfeksiyonu için antibiyotik yazılmasını etkileyen en önemli faktörlerden birisi hastaya ayrılan süre olarak bulunmuştur (51).

Amerika'da Kronman ve arkadaşlarının (2014) çalışması akut solunum yolu enfeksiyonlarında her yıl çocuk ve gençlere 11.4 milyon gereksiz antibiyotik reçete edildiğini ortaya çıkarmıştır (52). İngiltere'de halk sağlığı tarafından yapılan çalışmaya göre öksürük ve soğuk algınlığı için düşük olan reçeteli antibiyotik kullanımı 1999-2011 yılları arasında %40 artmıştır (53).

Gaur'un belirttiğine göre, Branthwaite ve Pechère (2006) çalışmasında görüşülen 3610 hastanın yarıdan fazlası antibiyotiklerin soğuk algınlığı dışında tüm solunum yolu enfeksiyonları için reçete edilmesi gerektiğine inandıklarını belirtmişlerdir. Yetişkin ya da çocuklarda, geçmişte bir hastalık için reçete edilmiş antibiyotik kullandığında; bu deneyim, aynı semptomların görüldüğü başka zamanda da aynı antibiyotiğin kullanılması gerektiği düşüncesini oluşturmaktadır (54). Bu durumda doktorların yazdığı antibiyotik reçeteleri daha sonraki şikayetlerde reçetesiz antibiyotik kullanımını arttırmaktadır. Ayrıca bu antibiyotikler ilaç reaksiyonlarına yol açabilir, ciddi enfeksiyon semptomlarını maskeleyebilir, kronik hastalık ve süperenfeksiyon gelişimine yol açabilir. Bunların yanı sıra küçük çocuklarda ve yanlış endikasyonlarda

ampirik olarak kullanılan antibiyotiklerin özellikle de kombine olanların direnç gelişimine neden olabileceği de bilinmektedir (55,56).

Pediyatrik popülasyonlarda reçetelere gereksiz yazılan antibiyotik kullanımı, ilaca olan direnci ve ilacın yan etkilerini olumsuz etkileyerek halk sağlığını tehdit etmektedir. ABD’de çocuklar için her yıl yaklaşık 50 milyon etkisiz ve gereksiz antibiyotik reçete edildiği tahmin edilmektedir. Türkiye’de çocukluk dönemini kapsayan çalışmalar sınırlıdır (48,50).

Son yıllarda çoğu solunum yolları enfeksiyonunun viral olduğunu araştırmalar ortaya koymuştur. Bunun yanı sıra antibiyotiklerin bu hastalıkların süre, şiddet ve semptomlarını etkilemediği ve ikincil enfeksiyonların engellenmesinde bir etkisi olmadığı ortaya konulmuştur (48). Viral enfeksiyonlara sekonder olarak gelişen bakteriyel enfeksiyon varlığı kesinleşmediği sürece antibiyotik uygulanmamalıdır (22).

Antibakteriyel direnç son 20 yılda global bir sorun olarak artmıştır. Özensiz ilaç seçimi ve düzensiz ilaç kullanımı çocuklarda tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarına ve yeniden enfekte olmaya yol açmaktadır (48,57).

Çocuklarda kullanılan NSAID (Nonsteroidantiinflamatuvar ilaç) grubundaki ilaçlar arasında naproksen, ibuprofen, indometazin, tolmetin, diklofenak ve asetilsalisilik asit bulunmaktadır (58). Aspirin; asetilsalisilik asit (ASA) en bilinen ve en yaygın kullanılan antiinflamatuvar ilaçtır (59). ASA iyi bir analjezik, anti-inflamatuvar ve ateş düşürücü olmasına rağmen 12 yaşından küçük çocuklarda kontrendikedir (60). Viral enfeksiyonlar sırasında ASA kullanılması ile Reye sendromu oluşması arasında bir ilişki olduğu ileri sürülmüş (60,61) ve 1980 yıllarından başlayarak aspirin kullanımında belirgin azalma olmuştur. Aspirin kullanımındaki bu azalmadan sonra Reye sendromunun görülme sıklığının azaldığı bildirilmiş ve kullanımı oldukça azalmıştır (22, 33,58-60).

2.6.2. Akılcı İlaç Kullanımında Sorumlular

İlaç kullanımına karar veren hekim, ilacı uygun şartlarda sağlayan eczacı, ilacı uygulayan hemşire ve tedavi uygulanan hasta akılcı ilaç kullanımında sorumluluk taşıyan taraflardır. İlacın hastaya ve topluma ulaştırılmasında görev alan tüm sağlık çalışanları (hekim, hemşire, eczacı) ile hastalar ve toplum, AİK konusunda bilgilendirilmelidir (46,62). Öte yandan, AİK tanımı içinde hastaların, yani ilaç

kullanıcısının rolü unutulmamalıdır. Ülkemizde halkın sağlık eğitimi yetersizdir ve bunu gidermek için yapılmakta olan çalışmalar, halen nitelik ve nicelik bakımından sorunu çözmekten çok uzaktır (62).

2.6.2.1. Akılcı İlaç Kullanımında Hekimin Sorumluluğu

İlaç tüketimi açısından akılcı ilaç kullanımı dört temel ögeyi içerir. Bunlar sırasıyla; doğru tanı, doğru ilaç seçimi, hasta uyumunun sağlanması ve maliyet-etkinlik oranının belirlenmesidir (ilaç tedavisinin ucuzluğu). Doğru tanı, uygun tedavinin ne olacağına da ardışık olarak belirlenmesine neden olur. Bu bağlamda ilacın akılcı kullanımında ilk elden sorumlu olan hekimdir (42).

Hekim bu süreçte şu basamakları izler:

1. Hastanın problemini dikkatlice tanımlar ve doğru teşhisi koyar.
2. Tedavinin amaçlarını ve hedeflerini belirler.
3. Değişik seçenekler içinden etkililiği kanıtlanmış, uygun ve güvenilir bir tedavi seçer.
4. Çoklu ilaç kullanımlarında etkileşimlerini öngörür.
5. Tedavinin “gerçekleşebilirliğini ve maliyetini” değerlendirir.
6. Her bir ilaç için uygun dozu ve uygulama süresini belirler ve uygun reçeteyi yazar.
7. Hastayı ayrıntılı olarak bilgilendirerek tedaviye başlar.
8. Tedavi başarısını değerlendirir (38,42,45,63,64).

2.6.2.2. Akılcı İlaç Kullanımında Eczacının Sorumluluğu

Eczacının görevi şüphesiz hekimin reçeteye yazdığı ilaçları hastaya vermektir. Ancak bu ilaçların rasyonel kullanımını sağlamak, aslında eczacının daha öncelikli görevidir. Hem reçeteli, hem de reçetesiz ilaçlar söz konusu olduğunda çocuklar ilaç hataları, bağımlılık ve terapötik kazalar açısından yüksek risk altındadır. Bu durumda özellikle çocuk hastaların tedavi şekilleri ve ilaç kullanım bilgileri konusunda eczacılara düşen rol artmaktadır (65).

Ülkemizde serbest çalışan eczacıların eczanelerinde sürekli bulunmamaları ve reçetede bulunan ilaçların kullanım talimatlarının hasta ya da yakınına anlatılması ve

hatta ilaç önerilerinde bulunulması görevi resmi bir eczacılık eğitimi almamış eczacı kalfası/çırakları tarafından yerine getirilmektedir. Eczacı kalfa/çıraklarının ilaç hazırlama ve/veya verme yetkileri yoktur, bunlar ancak ilaçları buldukları yerden almak ve raflara yerleştirmek gibi yardımcı işleri yapabilir. Reçetenin incelenmesi ve hastanın bilgilendirilmesi eczacının görevidir. Reçetede olabilecek yanlışlıkları belirleyememek veya yanlış ilaç verme ya da yetersiz bilgilendirme vb durumlar görevi ihmal ve kusur suçunu doğurur (66).

2.6.2.3.Akılci İlaç Kullanımında Hemşirenin Sorumluluğu

Hastanede yatan hastalarda ve polikliniklerde reçete ile ilgili olarak hekimin hastaya verdiği bilginin pekiştirilmesinde hemşirenin rolü vardır (62). Çocuk hemşiresinin, çocuk ve ailesini hastalığı, tedavi ve bakımı, prognozu hakkında açık ve anlaşılır biçimde bilgilendirme, çocuk ve ailesine tedavi ve bakımına katılma imkanı verme, onların duygularını anlayarak empati kurma, geleneksel ve kültürel özelliklerini dikkate alarak bakım yaklaşımlarını gerçekleştirme yükümlülüğü bulunmaktadır (67).

Hastanelerde hekim tarafından verilen ilaç tedavilerinde hastaların takibini yaparak ilaç etkililiğinin rapor edilmesi, tedavi süresince hekimle iletişim halinde olması, güvenli ilaç kullanımı konusunda hastaların yatış süresince bilgilendirilmesi, hastanın kullandığı diğer ilaçlar ve alışkanlıklarının sorgulanması hemşirelerin AİK sorumluluklarıdır. Ayrıca hastanın tedaviye uyumunu arttırmak için ilaç tedavisinin basitleştirilmesi, hastaya uygun formlar verilmesi, hasta ile yakınına ilaç ve kullanımı hakkında yeterli ve anlaşılır bilgiler verilmesi, hasta yakınının da ilaç kullanımını denetlemesini sağlamakta yine hemşirenin sorumluluğundadır. Hastaların yatarak tedavisinde hastaya hekim tarafından uygulanacak ilaç tedavisi hakkında bilgi verilir ve bu bilgi hemşiresi tarafından pekiştirilmelidir. Bunun için hazırlanmış broşürler ve eğitim notları hasta ve yakınlarına verilmelidir (68).

Hemşirenin en önemli sorumluluklarından biri hastalara ilaçların verilmesidir. Bu prosedür sırasında hemşire ilacı hastaya yazan kişi (doktor) ve ilacı sağlayan (eczacı) ile birlik içinde olmalıdır. Hemşireler hastayla en çok iletişim içinde olan kişi olarak, eczacılarla iş birliği geliştirmek için önemli bir konumdadır. Hemşire, eczacılara hastanın durumu hakkında değerli bilgiler verebilir, bu da eczacının hastanın ihtiyacına göre tedavi planını en uygun şekilde getirmede yardımcı olur. Ayrıca birçok hastane

eczanesi, tüm hasta bakım alanlarına ilaçların dağıtılmasında kat stok sistemi kullandığından, hemşirelerle eczacılar arasındaki ilişki ayrıca önem arz etmektedir (69).

2.7. Çocuğa Akılcı İlaç Uygulama

2.7.1. Çocuklarda Güvenli İlaç Uygulanması

İlaç tedavisinin başlatılması hekimin, uygulaması ise hemşirenin sorumluluğundadır (70). İlaçların sekiz doğru ilkesi doğrultusunda hastalara verilmesi, hemşirelerin en önemli sorumluluklarından biridir. Çocuklara ilaç verme ve hazırlamadaki doğruluk gereksinimi, yetişkin hastalardan daha önemlidir. Pediatrik dozlar, yetişkin dozla karşılaştırıldığında göreceli olarak küçük olduğu için, ilaç miktarındaki herhangi bir yanlışlık büyük hatalara yol açabilir (23,27).

2.7.1.1. Çocuklara Güvenli İlaç Uygulaması İçin Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

- İlaç uygulamalarında hataları önlemek ve çocuklara güvenli şekilde ilaç vermek için aşağıda belirtilen “sekiz doğru” ilkesi hayati önem taşır (23,27).
1. Doğru Çocuk; hastanın adı soyadı, protokolü ya da doğum tarihi doğrulanmalı, isim bileziği kontrol edilmelidir.
 2. Doğru İlaç; ilacın jenerik ve satış ismi bilinmelidir. İlaç isimleri birbirine benzediği için doğru ilaç olduğundan mutlaka emin olunmalıdır. Etiketini tam olarak okunmayan ilaçlar kullanılmamalıdır. İlaç üzerindeki etiket;
 - İlacı dolaptan alırken
 - İlacı kadehe koymadan önce ve
 - İlacı rafa kaldırırken olmak üzere üç defa okunmalıdır.
 3. Doğru Doz; çocuk ve yetişkinlere verilecek ilacın minimum ve maksimum dozları çok iyi bilinmelidir. Doğru şekilde hesaplama yapılmalı, gerekirse ikinci bir hemşirenin de fikri alınmalıdır.

4. Doğru Yol; bazı ilaçlar birkaç yolla verilebilir. İlacın veriliş yolu hekim isteminde belirgin olmalıdır. Bu veriliş yolunun ilaç için uygun olup olmadığı ve çocuğun ilacı önerilen yolla alabilme durumu kontrol edilmelidir.
5. Doğru Zaman; verilecek olan ilaçlar verilme saatinden (10-15dk) önce uygun bölmelerden alınmalıdır. İlaçlar genelde planlanan uygulama saatinden yarım saat önce ve yarım saat sonra olmak üzere bir saatlik zaman diliminde verilebilir. Sabah/öğle/akşam gibi günde 3 kere verilen ilaçlar hastanın yatma/kalkma alışkanlıklarına göre ayarlanabilir. Saatlik ilaçlar zamanında verilmelidir. Ayrıca hemşire, hangi ilaçların yemekle birlikte ya da yemek saati dışında verilmesi gerektiğini bilmelidir.
6. Doğru Yaklaşım; çocuklara ilaç verirken, onların korkuları güçsüzlüğü ve baş etme yöntemleri, gelişim aşamalarına göre dikkate alınmalıdır.
7. Doğru Bilgilendirme: çocuğa ve ailesine, ilacın hangi amaçla verildiği, beklenen etkileri, ne kadar süreyle alınacağı ve yan etkilerinin neler olduğu anlatılmalıdır. Böylece önerilen ilaçların daha güvenli şekilde kullanılması sağlanabilir.
8. Doğru Kayıt; ilaç verildikten sonra en kısa sürede kayıt edilmelidir. Hastaya ilaç verildikten sonra oluşabilecek yanlıkların önlenmesi için ilacı veren hemşire tedavi defteri ya da hemşire gözlem kağıdına ilacın adı, dozu, uygulama yolunu kaydetmeli ve ilacın uygulandığı saati yuvarlak içine alarak kendi adını ve soyadını yazmalıdır (5,23,27,71).

Tedavide 8 ilkeye uygunsuzluk istemden kaynaklanıyorsa hekim uyarılmalıdır. Uygulamaya yoğunlaşmayı engelleyen etmenlerden uzak durmalı, ilaç hazırlama işlemine konsantre olmalıdır. Bir ilacın rengi, koyuluğu normalden farklı ise bu ilaç kullanılmamalıdır. Hiçbir zaman başkası tarafından hazırlanmış ilaç hastaya verilmemeli, ilacı mümkünse her hastaya bakımından sorumlu hemşire vermelidir. İlaçlar uygun koşullarda saklanmalıdır (71).

- İlaç uygulamalarında kritik önem taşıdığı için hemşireler, çocuğun hastaneye kabulünden hemen sonra çocuğun gelişim düzeyi, ağırlık ölçümü, önceki ilaçları, ilaçlara tepkisi, çocuğun ilaç tedavisine toleransı vb durumlar hakkında veri toplamalıdır (12,38,72).

- Çocukların yaş gruplarına göre ilaç farmakokinetiği ve farmakodinamiğinin erişkinden farklı olduğu, bu durumun ilacın devam etme, başlama ve sonlanma süreleri ve etki şiddeti açısından farklılıklara yol açabileceği, ilaç farmakokinetiğini değiştiren hastalığa sahip çocuklarda ilaç etki ve karşıt etkilerin normalden farklılık gösterebileceği unutulmamalıdır (12,38).
- İlaç uygulamasına başlamadan önce prospektüs okunmalı ve gerektiğinde farmakolog danışmanlığı alınmalıdır (70).
- Çocuklarda daha kolay toksisiteye yol açan ilaçlar (digoksin, parasetamol, tiroid hormonları) hakkında bilgi sahibi olunmalıdır (12,38).
- Pediatrik ilaç bilgisine ve uygulamalarına yönelik, teknolojik aletlerin kullanımını da içeren yenilikler izlenmelidir (72).
- İlaçların etkileri, yan etkileri, kontrendikasyonları, diğer ilaçlarla ve yiyeceklerle olan etkileşimleri, yan etkilerin ortaya çıkmasını önlemek için alınması gereken önlemler ya da girişimler konusunda bilgili olmalı ve erken dönemde fark edebilmelidir (70,72).
- Çocuk, erişkinin küçük modeli değildir. İlaç uygulaması sırasında hekimin reçete ettiği doz ve niteliğine çok dikkat edilmelidir.
- Erişkine göre çocuklarda ilaç hazırlarken daha küçük ilaç miktarları kullanılır, bebeklerde bu miktarlar daha da küçülür. Bu ilkedен hareketle hemşireler söz konusu doz ve doz aralıkları konusunda son derece hassas yaklaşım sergilemelidir (12,38,72).
- Çocuklarda damar yolu bulma, sabitleme, damar yolunun tıkanması ve damar dışına sızma gibi sorunlar erişkine göre daha sık yaşanabilir. Çocuklar bu konuda daha az uyumludur. Tüm bunları dikkate alarak damar yolunun uygun ve çocuğu rahatsız etmeyecek şekilde sabitlenmesine özen gösterilmeli, çocuğun korku, endişe ve kaygıları giderilmeye çalışılmalıdır (12,38).
- İşlem öncesi çocuk sakinleştirilmeli ve korkusu giderilmeli, uygulama basit bir dille açıklanmalıdır (5,12,23,38).
- İlaç uygulama sırasında çocuğun yanı sıra ebeveynleri de istemeden tepki verebilir. Hemşire çocuğu olduğu kadar ebeveynleri işlem hakkında bilgilendirmelidir. Çocuğun ailesi veya çocuğa bakım veren kişiler de ilacın etkisi ve istenmeyen etkileri konusunda bilgilendirilmelidir (12,27,38,72).

- İlaç-besin etkileşimleri açısından, ilaçlar yemek saatleri göz önünde bulundurularak ayarlanmalıdır (70).
- Çocuğun cildine sürülen ilaçların erişkine göre daha kolay emileceği bilhassa mukozaya yakın cilt bölgelerine sürülen ilaçların daha kritik önem arz ettiği bilinmelidir. Zira erişkinde bu geçirgenlik çocuklara göre daha azdır ve emilim miktarı vücut kütesine oranla eser miktar olabilirken, çocuktaki bu miktar etki hatta karşıt etki oluşturabilecek düzeye çıkabilir. Örneğin iyot içeren antiseptikler, bu yolla hipotroidi tarama testlerini etkileyebilir.
- Göz damlalarının kullanımı pediatriye oldukça sıktır. Bu uygulamada nazolakrimal kanaldan sistemik dolaşıma geçiş oranı yüksektir ve çocuklar için bu geçiş sistemik etki riski taşır. Doz aşımına dikkat edilmelidir.
- Parenteral uygulamalarda çocuğun yaşı, kas dokusu, ilaç miktarı ve ilacın yoğunluğuna göre uygun bölge, enjektör ve iğne seçilmelidir. Bebek ve küçük çocuklarda daha az kas dokusunun olması nedeniyle intramüsküler enjeksiyon uygulaması çok özel dikkat gerektirir. İnamüsküler enjeksiyon uygulamalarında 3 yaşına kadar vastuslateralis kası, okul öncesi dönemde ventrogluteal ve deltoid kasları tercih edilmelidir.
- İntervenöz (İ.V.) enjeksiyon uygulamalarında hatalar ölüme yol açabileceğinden, doz hesaplaması, ilaç miktarı, sulandırılacak solüsyon, infüzyon hızı ve süresi, ilacın diğer İ.V. sıvı ve ilaçlarla etkileşimine özel dikkat gösterilmelidir (12,38).
- Flakon şeklindeki bazı antibiyotiklerin kuru toz hacmi bulunmaktadır. Çocuklar için istem edilen dozlar hesaplanırken kuru toz hacmi dikkate alınmazsa, hazırlanan ilaç dozu istem edilen dozdan daha az olmaktadır ve doz hatasına yol açmaktadır. Bu nedenle, flakon şeklindeki antibiyotikler hazırlanırken, kuru toz hacimleri dikkate alınmalıdır (23,72).
- İlke olarak çocuğun yanında ilaç hazırlama işlemi yapılmamalıdır.
- İlaç çözme işlemlerinin uygun enjektörle yapılmaması halinde, ölü hacim sorununun etkisizlik/toksisite riski taşıdığı bilinmelidir.
- İşlem öncesi ve sonrası çocuğun hayati bulguları ve klinik tablosu dikkatle izlenmelidir.

- Mmkin olduğu kadar ilaç uygulama işlemleri tedavi odasında yapılmalıdır. Bu, hasta odalarında aynı odada birden fazla hasta çocuğun bulunduğu servislerde çok daha önemlidir.
- ocuk, akut karşıt etkiler açısından uygulama sonrası takip edilmelidir.
- Dehidratasyon, ilaç toksisitesi olasılığını artırabileceği için ilaç tedavisi sırasında sıvı- elektrolit dengesi izlenmelidir.
- İlaç uygulama sonrası ilaç ve diğer atıkların çocuğun bulunduğu ortamdan hızla uzaklaştırılmasına zen gösterilmelidir.
- Uygulamanın bitiminde kayıt işlemi doğru ve eksiksiz bir şekilde tamamlanmalı, kayıt formlarının hasta başında kalmamasına zen gösterilmelidir (12,38).
- Ekiple, hasta bireyle ve yakınlarıyla etkili bir iletişim içinde bulunulmalıdır.
- Hasta yakını tarafından ilacın uygulanmasına yönelik soru geldiğinde sorunun dikkatli bir şekilde dinlenmesi, yanıtlanması ve ilacın ikinci bir kere kontrol edilmesi sağlanmalıdır (72).

2.7.1.2. Çocuklarda Güvenli İlaç Uygulamasında Yaş Gruplarına Göre Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar

İlaç uygulama yollarının çocuğun yaşına, fiziksel ve zihinsel gelişimine göre farklılık göstereceği unutulmamalıdır.

- Bebeklerde daha fazla olmak üzere çocuklarda kullanılan ilaçların büyük çoğunluğunun endikasyon dışı (offlabeled) olduğu bilinmeli ve bu bilinçle ilaç kullanımında uygulama ve sonuçları konusunda daha dikkatli olmalıdır (12,38).
- Bebeklik döneminde, oral ilaçlar genellikle enjektöre çekilerek ağzın arka kısmından yavaş yavaş verilmeli, tadı acı olan ilaçlar mama veya yiyeceklerle karıştırılmamalıdır (12,23,38).
- Oral ilaçlar verilirken aspirasyonu önlemek için bebeğin başı yükseltilir. Bebek ağlarken ilaç verilmesi aspirasyona yol açabileceğinden, bebeğin sakinleşmesine yardım edilir ve tekrar denir (5,23).
- Oyun döneminde çocuklar oral ilaçları almamak için direnç gösterebilir. İşlem sırasında çocuğun ilacını içmesi için zorlanması daha fazla direnç göstermesine

neden olur. İşbirliğini sağlamak için sakin ve olumlu yaklaşımın yanı sıra, terapötik oyun yöntemleri kullanılır (23).

- Oyun dönemi çocuklarına ilaç verirken, kararlı bir yaklaşım sergilenerek, tadı ya da vereceği ağrı konusunda dürüst olunmalıdır (12,38).
- Eğer ilacın tadı acı ise bir kaşık meyve suyu karıştırılabilir. Çocuk ilacını içmesi için desteklenir ve daha sonra tadı hoş olan bir sıvıyı içmesi önerilir. Oral ilaçlar asla şekere benzetilmemelidir. Bu benzetme, çocuğun ilaç ile şekeri eş tutmasına ve kaza ile zehirlenmesine neden olabilir (5).
- Okul öncesi dönemde ilacın amacı basit olarak açıklandıktan sonra, oyun tekniklerinden yararlanılarak ilaçlar verilebilir.
- Okul çocuğunun ilaç yutma becerisi daha iyidir, seçenekler sunularak çocuğun işleme katılımı sağlanabilir (5,12,38).
- Ergenlerde tedavi ile ilgili kararlar genellikle hasta ile tartışılarak verilir (5,23).

2.7.1.3. Çocuklarda Güvenli İlaç Uygulamasında Ebeveynlerin Dikkat Etmesi Gereken Durumlar

- Çocuklar, ergenler ebeveynlerinin kontrolü dışında ilaç kullanmamalıdır. Okul şartlarında mutlaka sorumlu öğretmenlerinden yardım alınmalıdır.
- İlaçlar çocukların erişemeyecekleri yerlerde muhafaza edilmelidir.
- Başkalarının ilaçları çocuklarda asla kullanılmamalıdır.
- Hekimin bilgisi dışında ilaç tedavisine alternatif sunulan tedavi seçeneklerine başvurulmamalıdır.
- Çocuk, çok erken oluşabilecek yan etkiler açısından uygulama sonrası takip edilmelidir.
- Göz damlaları 15 günden fazla kullanılmamalıdır.
- Hazırlama süspansiyonları bir haftadan uzun süre kullanılmamalıdır.
- Sıvı ilaçlar özel ölçekle verilmelidir.
- İlaçların saklandığı oda sıcaklığının 25⁰C'nin altında, buzdolabında saklanıyorsa 2-8⁰C arasında olmasına dikkat edilmelidir.
- Nem, sıcak ve ışıktan korunmamış, kullanım süreleri geçmiş ya da başkalarından artan, ambalajı açılmış ilaçlar kullanılmamalıdır (27,38).

2.7.2. Pediatri Hastalarında Akılcı İlaç Kullanımındaki Başlıca Sorunlar ve Öneriler

- Prospektüs bilgisi yetersizdir.
- Pediatrik popülasyon için dozaj formları yetersizdir.
- Farmakokinetik, etkinlik ve güvenilirlik verileri (klinik çalışmalardan elde edilen) yetersizdir veya hiç yoktur.
- Primer etkinlik parametreleri yaş grupları için belirlenmelidir.
- Hastalığın süresi, yaş grupları ve olgunlaşma süreci dikkate alınmalıdır.
- Oral süspansiyonlar geliştirilmelidir.
- Tablet ve kapsül boyutları pediatrik hastalar için uygun boyutlara getirilmelidir.
- Bireysel dozaj için uygun dozaj şekilleri geliştirilmelidir (2,4).

2.7.3. Akılcı İlaç Kullanımında Hemşirelerden Kaynaklanan İlaç Hataları

Çırpı'nın belirttiğine göre "Institute of Medicine"ın raporunda, ABD'de her yıl 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeni ile hayatını kaybettiği öne sürülmektedir. ABD'deki araştırmalar tıbbi hataların beşinci ölüm nedeni olabileceğini ortaya koymaktadır (73). İlaç hataları hastane ortamlarında meydana gelen tıbbi hatalar içerisinde en fazla görülen hata grubunu oluşturmaktadır (27,73,74).

Gerek hekimlerin reçetelerinde hasta ve hastalığa uygun olmayan ilaçların yazılması ya da yanlış doz önermeleri, gerekse hekim-hemşire iletişim eksikliği, hemşirelerin deneyimsizlikleri ya da eksik farmakoloji bilgi ve becerileri, ilaç uygulamalarında hatalara yol açabilmektedir (27).

Hemşirelerin her türlü medikasyon hatalarının fark edilip engellenmesi ve büyük bir zararın önlenmesinde potansiyel olarak büyük rolü bulunur. Aslında hemşirelerin kendileri de hata yapmaya uygun konumdadır. Yetersiz hemşire (personel sayısı, yetenek, bilgi ve deneyim) hasta güvenliği açısından başlıca endişelerden biridir. Ayrıca tedavi uygulamaları sırasında sistemle/süreçle ilgili faktörlerden kaynaklı iş bölünmeleri sonucu, algılanan iş yükünün artırılması hem ölçülen hem de algılanan ilaç uygulaması hatalarıyla ilişkilidir. Buna ek olarak hastanelerin giderleri azaltma baskıları ve sağlık hizmetlerinden taleplerin artmasının getirdiği baskılar nedeniyle sağlık hizmetlerinin verimliliğini artıracak ve yüksek kalitede hizmet sunulmasını destekleyecek sistemlerin ve süreçlerin acilen geliştirilmesi gerekmektedir (75).

Hemşirelerin uygulamalarda karşılaştıkları hatalar arasında %57 oranıyla ilaç uygulama hatalarını ilk sırada ifade etmeleri önemlidir. Çünkü literatür incelendiğinde ilaç uygulama hataları hemşirelerin karşılaştıkları hatalar arasında ilk sıralarda yer almaktadır. İlaç hatalarından bazıları; yanlış ilaç, yanlış doz, yanlış seçenek, yanlış teknik ve ekipman kaybı ile ilgilidir (73).

Hemşireler, çocuklara ilaç uygulama sürecinde risklerin azaltılması için hataları fark etme ve önlemede özel bir konuma sahiptir. Yanlış doz uygulaması pediatrik hastalarda en fazla rapor edilen ilaç hata tipidir (74).

2.7.3.1. Pediatrik İlaç Uygulamalarında Hemşireler Neden Daha Fazla Hata Yapar

Çocuk hastalarda ilaç hatalarının görülme sıklığı yetişkinlere göre daha fazladır. Törüner'in belirttiğine göre, Ferranti ve arkadaşları pediatrik popülasyonda ilaç hatalarının yetişkin popülasyona göre üç kat daha fazla olduğunu belirlemiştir. Çocuk hastalarda ilaç hatalarının görülme sıklığı, çalışmalarda kullanılan tanımlara ve yöntemlere göre değişiklik göstermektedir. Törüner'in belirttiğine göre, Stratton ve arkadaşları yetişkin ve çocuk hastalara bakan hemşirelerin kendi servislerinde gönüllü ilaç hatası bildirim durumlarını incelemişler ve yetişkin servislerinde ilaç hatası bildiriminin %56 iken, pediatri servislerinde %67 olduğunu saptamışlardır. Alparslan ve Erdemir'in Türkiye'de yaptıkları bir çalışmada, pediatri kliniğinde, 641 ilaç uygulamasında 533 ilaç uygulama hatası gözlemlenmiştir (74).

Pediatrik hastalarda ilaç hatalarının oluşmasında birçok faktör rol oynamaktadır. Yapılan bir çalışmada, pediatri hemşirelerine göre ilaç hatası nedenleri olarak ilk sırada gelen nedenin "ilaç uygulaması sırasında hemşirenin ilgisinin dağılması ve uygulanan işin kesintiye uğramasının" (%50) olduğu belirlenmiştir. Hemşireler, ilaç hatasının diğer nedenleri arasında hasta hemşire oranı (%37), uygulanacak ilacın miktarı (%35) ve ilacı iki kere kontrol etmeme (%28) olarak belirtmişlerdir. Törüner'in çalışmasında da ilaç hatasına neden olarak ilk sırada (%68.1) uzun çalışma saatleri olarak bulunmuştur. Törüner'in belirttiğine göre Lefrak'ın çalışmasında da ekiple olan iletişimin azlığı, sıfırlı ya da ondalıklı sayıların takibindeki hatalar, el yazılarının okunamaması, dikkatin dağınık olması, benzer isimde ilaçların bulunması, doz hesaplaması ve bilgi eksikliği ilaç uygulamasında hata nedenleri arasında bulunmuştur (74,76).

Shahrokhi ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada tıbbi hatalarında hemşirelerle ilgili en büyük paya sahip faktör diğer araştırmalarda da bahsedildiği gibi hemşirelerin dikkatsiz performansları olmuştur. Yine bu araştırmaya katılan hemşirelerin bakış açısından ikinci en önemli faktör yorgunluktur ve diğer birçok araştırmacı yorgunluğu etkili bir faktör olarak görmüşlerdir. Araştırmalara göre, farmakoloji konusunda (ilaç verme yolları, ilaç uyumsuzlukları, yan etkiler ve yan etkilerin engellenmesi ve hatta bazı doz hesaplamaları) yetersiz bilgi, tıbbi hatalarının oluşmasında başka bir önemli faktördür. Yetersiz iş deneyimi de yine araştırmalarda bahsedilen etkili bir faktördür. Hemşirelik stresli bir iş olarak kabul edilir ancak, ağır iş yükü, uyku düzensizliği vb durumlar stresi daha da artıracaktır ve hemşirenin zihinsel ve duygusal durumunun yanı sıra profesyonel performansını da etkileyebilecektir (77).

2.7.3.2. İlaç Uygulama Hatalarında Hemşire Açısından Alınması Gereken Önlemler

- IV sıvıların uygulanması, insülin, heparin, narkotikler gibi yüksek risk grubu ilaçların uygulanması ile ilgili kılavuz ve kontrol listeleri ile beraber yazılı prosedürlerin geliştirilmesi (71),
- Yapılan hataların kaydedilmesi, ilaçlı tedavi hatalarını toplamak ve kaydetmek için cezalandırması olmayan bir sistemin oluşturulması (71,72,74),
- İstemlerin yazılı ya da elektronik ortamda alınması, doktor tarafından yazılı istem yapılmamış ilaçların hazırlanmaması,
- Kliniğe özgü ilaçların iyi bilinmesi önemlidir. Bu konuda yöneticilerin ilaç firmaları ve eczacılar ile işbirliği içinde olmaları, eğitici toplantıların sık aralarla yapılması,
- Hastaya ilaç ve uygulaması konusunda eğitim verilmesi, hastaya ilaçların verilme nedenleri ve yan etkisi olan ilaçlar veriliyorsa bunların açıklanması,
- İlaç dozu hesaplama becerilerinin geliştirilmesi (71),
- İlaç hazırlama ve uygulama sürecinde bölünmelerin, dikkat dağınıklığının en aza indirilmesi,
- İlacı uygulamadan önce istemin tekrar gözden geçirilmesi ve özellikle ondalıklı ya da sıfırlı sayılarda ikinci defa ilacın dozunun kontrol edilmesi,
- Alışık olunmayan dozların doğrulanması,

- Birbirine şekil ve isim olarak benzeyen ilaçların ayrı yerlerde saklanması (72,74),
- Doz ünitelerinin tek tip yazılması, Örneğin ‘µg’ değil ‘mcg’, ‘gm’ değil ‘g’ kullanılması, 1’den küçük değerler için 0 kullanılması (.2 yerine 0.2 kullanılmalı) ve 1’den büyük değerler için 0 kullanımından kaçınılması (2.0 yerine 2 kullanılması),
- Hasta tabelalarına ve reçetelere, ilaç uygulama yolu ve direktiflerin tam olarak yazılması (örneğin ‘günlük’, ‘gn’ değil),
- İlaç uygulama hataları ile ilgili makalelerin yakından takip edilmesi,
- Diğer sağlık çalışanları ve hastalarla etkili iletişim kurulması, en iyi uygulamaları seçmek için doktorlar, hemşireler, eczacıların olduğu bir ortak karar grubunun oluşturulması,
- İstemin doğru okunduğundan emin olunması,
- Hastanın hangi ilaçlara alerjisi olduğu, mevcut ve eşlik eden hastalıklarının hangi ilaçları kullanmada sakınca oluşturduğunun bilinmesi (71),
- İlaç uygulamalarında 8 ilkeye dikkat edilmesidir (5,23,27,71,74).

2.8. Ailenin İlaç Uygulamaları Konusunda Hemşirenin Rolü

Çocukların sağlığını geliştirme ve koruma, toplum sağlığının geliştirilmesi ve korunması açısından önemlidir. Toplum sağlığının geliştirilmesi ve korunmasında öncelikli sorumluluk ailede, daha sonra sağlık ekibi üyeleri ve toplumsal çevrededir (78).

Kuramsal olarak incelendiğinde, hemşirenin rolleri; bakım verici, eğitici, danışmanlık, hastanın ve ailenin savunucusu, karar alıcı, koordine edici, rehabilite edici, rahatlatıcı, iletişimci, araştırmacı ve yönetici gibi oldukça kapsamlı işlevleri içermektedir. Hemşireliğin uzmanlık alanlarından biri olan “çocuk hemşireliği” ise; bu rol ve işlevlere ek olarak, çocuk ve aileyi bakımın merkezine alan, yenidoğan döneminden başlayarak ergenlik döneminin sonuna kadar tüm gelişim dönemlerini kapsayacak biçimde ve birinci, ikinci, üçüncü düzeyde sağlık bakımı vermekten sorumlu bir alandır (23,79).

Çocuk sağlığı hemşiresi, ebeveynleri büyüme-gelişme dönemlerinin özellikleri, hastalık, hastanede yapılan işlemler, tedavi planı, taburculuk planı ve hastalığın olası

sonuçlarına ilişkin bilgilendirir. Ayrıca eğitimde çocuğun evdeki bakımı, komplikasyonların nasıl tanınacağı, büyüme ve gelişme gereksinimleri, sağlığın geliştirilmesi ve sürdürülmesine ilişkin bilgiler yer almalıdır. Verilen bilgiler, anlaşılır olmalı ve gereksinim duydukları konulara yönelik olmalıdır. Hemşire, ailenin, çocuğun bakımı konusunda gerekli bilgi ve becerileri kazandıklarından ve bunları doğru olarak yaptığından emin olmalıdır (23,72,78).

Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association) taburculuk planlamasını “hastayı kendi-kendine, aile üyeleri ya da organize bir bakım sağlayıcısı tarafından bakılmak üzere bir sonraki bakım aşaması için hazırlamak ve bu aşama için gerekli düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmak için tasarlanmış bir süreç” olarak tanımlamıştır (80).

Hastanın taburculuk planının başlatılmasından, etkili bir şekilde yürütülmesinden hastanın hemşiresi ve hekimi sorumludur. Mümkün olduğunca hasta ailesinin de taburcu planına dahil edilmesi, hasta bakım uygulamalarının daha iyi anlaşılmasını ve uygulanmasını sağlar (81).

Hastanın kullanması için reçete edilen ilaçlar konusunda hasta/hasta yakınları eğitilir. Verilen eğitimde; ilaçların isimleri, dozu, alınacağı zaman, özellikleri (yemekten önce, sonra gibi), alınma sıklığı ve saatleri, ilacın verilme amacı ve etkileri, olası yan etkiler, yan etkiler görüldüğünde hekimi araması gerektiği ve ulaşabilecekleri telefon numaraları konusunda bilgi verilir. İlaçlarla ilgili verilen tüm bilgiler yazılı hale getirilerek hasta/hasta yakınına verilir. Taburculuk eğitimi, hasta/hasta yakınları ya da bakım vereceklere; hastalığını anlama, ilaç uygulamalarını uygun şekilde yapabilme, planlandığı şekilde diyetini uygulama, aktivite düzeylerini yönetebilme, tedavisini anlama, dinlenme gereksinimini ayarlayabilme, olası komplikasyonlar hakkında bilgi sahibi olma, kontrole geleceği zamanı bilme, acil durumlarda başvurabileceği telefon numaralarını bilme konularında bilgiler sağlamalıdır (80,81).

Pediatride sık kullanılan süspansiyonlar, şişe içinde çalkalanarak dağıtılması gereken çözülmemiş ilaç parçacıklarını içerir. Eğer çalkalama tam yapılmazsa ilk verilen dozlar, sonraki dozlardan daha az ilaç içerebilir. Bunun sonucunda tedavi sürecinin başlarında beklenenden daha az ilaç, plazma konsantrasyonuna ve etkisine ulaşılacaktır. Buna karşın sürecin sonlarında beklenmeyen şekilde zehirlenmeler oluşabilir. Bu nedenle, hasta ya da ailesine uygun talimatların verilmesi önemlidir.

Pediyatrik uygulamalarda uyum sağlamak daha g¼¼ olabilir, ¼¼nk¼¼ hem ebeveynlerin talimatlara uymak için çaba sarf etmesi, bunun yanı sıra ¼l¼m hataları, d¼¼kme ve ilacı t¼¼k¼¼rme gibi pratik konulara da dikkat etmeleri gerekmektedir (82).

Doz ¼l¼eęi olarak kaşıık kullanılabılır ancak çorba kaşııkı, tatlı kaşııkı ve çay kaşııkının sırasıyla 15,10 ve 5 ml hacminde olduğu s¼¼ylenirse de evlerde bu adlar altında kullanılan eşıitli kaşııkların hacmi çok farklılık g¼¼sterebilmektedir. ¼rneęin çay kaşııkı ¼l¼m¼¼ 2.5 ml'den 7.8 ml'ye değişımekte ve bu nedenle doz belirlemede hatalara neden olunabilmektedir. Bu amaçla ebeveynler eczanelerden ¼zel ¼l¼l¼¼ bir ilaç kaşııkı ya da şırınga almalıdır. Ağızdan alınan sıvı Őekildeki ilaç 5ml'den az bir hacimde verilecekse bir plastik enjekt¼¼r kullanılabılır. Bu aletler doz ¼l¼m¼¼n¼¼ kolaylaştırdığı gibi ilacın verilmesini de kolaylaştırmaktadır (25,30,82).

Kaya ve ark. 0-12 yaşı çocuğu olan annelerin ağızdan verilen toz halindeki antibiyotikleri hazırlama hakkındaki çalışmasında ağızdan verilen sıvı ilaçların şırınga ile ¼l¼lmesinin doz kabı ile ¼l¼lmesine g¼¼re daha doğru bir sonuç sağladığını bildirmiştir (83).

Dozu uygun alıp almadığını değerlendirmek için, çoğunlukla, ocuk verilmek istenen ilacın yarısını d¼¼kt¼¼ę¼¼nde bir miktar daha verilmeye çalışmış mı diye sormak faydalı olacaktır. Ebeveynler her zaman tam olarak çocuğun aldığı dozu tam ifade edemeyebilir. Ebeveynlere her 6 saatlik dozlar için çocuğun uyandırılıp uyandırılmayacağı s¼¼ylenmelidir. Bu t¼¼r konular konuşulmalı, açıklanmalı ve ebeveynlerin ne yapacağı ya da yapmayacağı varsayımında bulunulmamalıdır. ¼zellikle orta kulak iltihabı veya idrar yolları enfeksiyonlarında, antibiyotik yazıldığında ve tedaviden 4-5 g¼¼n sonra ocuk kendini iyi hissetmeye başladıktan sonra uyum sorunları sık yaşanmaktadır. Ebeveynler, ilaç 10 ya da 14 g¼¼nl¼¼k yazıldığı halde ilacı vermeye gerek duymayabilir. Bu sık g¼¼r¼¼len durum tahmin edilmeli ve ebeveynlere ocuk 'iyileşmiş' gibi g¼¼r¼¼nmesine karşın ilacı vermeye devam etmesinin gerekliliği anlatılmalıdır (82).

Pediyatri hemşirelerinin değişen, gelişen rolleri ve sorumlulukları doğrultusunda ocuk hemşiresi bakım verirken eğitim, danışmanlık, duygusal destek ve bireyin haklarını korumak gibi birçok rol¼¼n¼¼ aynı anda gerçekleştirmektedir. Bu nedenle, b¼¼t¼¼n rollerini iyi kavraması, uygulamaya yansıtma becerisini kazanması ve geliştirmesi toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için ¼nemlidir (67).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı

Araştırma, 0-12 yaş grubu çocuğu olan annelerin akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarını incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlandı ve yapıldı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde çocuk polikliniklerinde yapıldı. Veriler Aralık 2012-Mart 2013 tarihleri arasında toplandı.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi çocuk polikliniklerine Aralık 2012-Mart 2013 tarihleri arası muayene için başvuran 0-12 yaş arası çocukların anneleri oluşturmaktadır. Sözel onam alınan 574 anneden, aspirin kullanımına bağlı reye sendromu hakkında annelerin bilgi ve tutumlarıyla ilgili 2 soru bulunduğundan, çocuğu düzenli aspirin kullanan anneler (n=46) ve polikliniklerde muayene sırası gelip çalışmayı yarıda bırakmak durumunda kalan anneler (n=78) çalışma dışı bırakıldı. Çalışma 450 anneye tamamlandı.

3.4. Araştırmanın Etiği

Anket uygulamaya başlamadan önce annelere araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilerek annelerin çalışmaya gönüllü olarak katılımı sağlandı. Ayrıca annelere çalışmadan herhangi bir zamanda çekilebilecekleri ve bilgilerinin kesinlikle gizli tutulacağı belirtildi.

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan Etik Onay alındı (8 Kasım 2012). Anket uygulaması için Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden yazılı izin alındı.

3.5. Veri Toplama Araçları

Annelerin akılcı ilaç kullanma alışkanlıkları hakkında bilgi sağlamak amacıyla 55 soruluk anket formu oluşturuldu. Bu soruların 13 tanesi demografik özellikleri, 42 tanesi ise akılcı ilaç kullanma alışkanlıklarını değerlendirmek amacıyla ilgili literatür temel alınarak hazırlandı (84). Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili olan sorular 5 li likert (her zaman, sıklıkla, bazen, nadiren, hiçbir zaman) şeklinde hazırlanıp uygulandı.

Çalışmaya alınan her anneden sözel onam alındıktan sonra bekleme salonunda araştırmacı tarafından 10 dakika yüz yüze görüşme yapılarak veriler toplandı.

3.6. Ön Uygulamanın Yapılması

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi çocuk polikliniklerinde 2012 yılı Kasım ayında anketlerin ön uygulaması yapıldı. Polikliniklerde basit rastgele örnekleme seçilen 10 anneye veri toplama araçları uygulandı. Ön uygulama sonrasında gerekli düzenlemeler yapıldı. Ön uygulama verileri araştırma dışında bırakıldı.

3.7. Sınırlılıklar

Çalışma Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yapılmış olup bölgeseldir ve Türkiye'ye genellenemez.

3.8. Veri Analizi

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 20.0 paket programı kullanıldı. Değerlendirmede tanımlayıcı analiz yöntemleri ile ki-kare testi uygulandı. Ki-Kare testinde Pearson ki-kare değerleri okundu ve $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Bu bölüm, ailenin tanıtıcı özellikleri, sağlıkla ilgili davranışları ve akılcı ilaç kullanımını olarak iki kısımda sunulmaktadır.

4.1. Ailenin Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 1. Ailenin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

Tanıtıcı özellikler		
Anne Yaş	Sayı	(%)
20 - 25 yaş arası	62	13.7
26 - 30 yaş arası	115	25.6
31 - 35 yaş arası	133	29.6
36 - 40 yaş arası	85	18.9
41 - 51 yaş arası	55	12.2
Baba Yaş		
21 - 25 yaş arası	13	2.9
26 - 30 yaş arası	80	17.8
31 - 35 yaş arası	114	25.3
36 - 40 yaş arası	130	28.9
41 - 64 yaş arası	113	25.1
Annenin Yaşadığı Yer		
Köy	46	10.2
İlçe	153	34.0
Şehir	251	55.8
Annenin Eğitimi		
Okur - yazar değil	30	6.7
Okur - yazar	22	4.9
İlköğretim	204	45.3
Lise	123	27.3
Üniversite ve üzeri	71	15.8
Annenin Çalışma Durumu		
Kamuda çalışıyor	45	10.0
Özelde çalışıyor	70	15.6
Çalışmıyor	335	74.7
Toplam	450	100.0

Tablo 1 Devam

Annenin Mesleği	Sayı	(%)
Ev Hanımı	328	72.9
İşçi	43	9.6
Esnaf	19	4.2
Sağlıkla İlgili	20	4.4
Öğretmen	18	4.0
Memur	22	4.9
Çocuk Sayısı		
1 Çocuk	116	25.8
2 Çocuk	168	37.3
3 Çocuk	109	24.2
4 ve üstü çocuk	57	12.7
Ailenin Gelir Durumu		
Gelir Giderden Az	267	59,4
Gelir Gidere Denk	159	35,3
Gelir Giderden Fazla	24	5,3
Sosyal Güvence		
SSK	229	50,8
Emekli Sandığı	97	21,6
Yeşilkart	62	13,8
Bağkur	39	8,7
Özel Sağlık Sigortası	4	0,9
Yok	19	4,2
Hasta Çocuk Yaş Grubu		
0-1 yaş arası	55	12.2
1-3 yaş arası	111	24.6
3-6 yaş arası	124	27.6
6-12 yaş arası	160	35.6
Başvuru nedeni		
Solunum Sistemi	147	32.7
Enfeksiyon Hatalıkları	63	14.0
Sindirim Sistemi	60	13.3
Dolaşım Sistemi	50	11.1
Üriner Sistem	46	10.2
Endokrin Sistemi	37	8.2
Nöroloji	33	7.3
Hematoloji	14	3.2
Düzenli İlaç Kullanımı		
Evet	170	37.8
Hayır	280	62.2
Sağlık Çalışanı Yakını Olma		
Evet	193	42.9
Hayır	257	57.1
Toplam	450	100.0

Tablo 1 Devam

Çocuğunda Daha Önce İlaç Zehirlenmesi Yaşama Durumu	Sayı	(%)
Evet	32	7.1
Hayır	418	92.9
İlaç Allerjisi Hikayesinin Olması (n=450)		
Evet	40	8.9
Hayır	410	91.1
İlaç Allerjisi Hikayesi Olanların Sağlık Çalışanına Bu Konuda Bilgi Vermesi (n=40)		
Evet	33	82.5
Hayır	7	17.5
İlaç Allerjisi Hikayesi Olanlarda Künye ya da Kimlik Taşınması (n=40)		
Evet	4	10.0
Hayır	36	90.0
Toplam	450	100.0

Tablo 1’de 0-12 yaş dönemi çocuğı olan annelere ait tanıtıcı bulgular yer almaktadır. Annelerin %29.6’sı 31-35 yaş arası, %25.6’sı 26-30 yaş arasıdır. Annelerin en küçüğü 20 en büyüğü 51 yaşındadır. Annelerin yaş ortalaması 32.68±6.42’dir. Annelerin %55.8’i şehirde yaşamaktadır. Annelerin %45.3’ü ilköğretim mezunu olup, %74.4’ü çalışmamaktadır, %72.9’unun herhangi bir mesleğı olmayıp ev hanımıdır, %37.3’ünün 2 çocuğı vardır, %59.4’ünün geliri giderden azdır, %50.8’inin sosyal güvencesi SSK’dır.

Hastaneye başvuran çocukların %35.6’sı 6-12 yaş, %27.6’sı 3-6 yaş, %24.6’sı 1-3 yaş, %12.2’si 0-1 yaş arasındadır. Çocukların en küçüğü 1 en büyüğü 144 aylıktır. Çocukların ay olarak ortalaması 56.36±42.42’dir.

Annelerin %32.7’si çocuklarında solunum sistemi şikayetiyle, %14’ü enfeksiyon hastalıkları şikayetiyle, %13.3’ü sindirim sistemi problemleri nedeniyle hastaneye başvurmuştur.

Çocukların %37.8'inin düzenli kullandığı en az bir ilacı bulunmaktadır. Annelerin %42.9'unun sağlık çalışanı bir yakınının olduğu belirlendi. Annelerin %7.1'inin çocuklarında daha önce ilaç zehirlenmesi yaşamış olduğu belirlendi.

Anneler, hastaneye başvuran çocukların %8.9'unun ilaç alerjisi olduğunu, alerjisi olanların sadece %10'unun üstünde bunu belirtecek künye, bileklik, kart taşıdığını belirtti. Annelerin %82.5'i her zaman, %17.5'i sıklıkla çocuğunun alerjisi olduğunu sağlık personeline bildirdiğini ifade etti (Tablo 1).

4.2. Ailenin Sağlıkla İlgili Davranışları ve Akılcı İlaç Kullanımı

Tablo 2. Ailenin sağlıkla ilgili davranışları ve akılcı ilaç kullanımının dağılımı

İlk Başvuru Merkezi	Sayı	(%)
Devlet Hastanesi	182	40.3
Aile Sağlığı Merkezi	136	30.4
Özel Sağlık Merkezleri	68	15.2
Üniversite Hastanesi	64	14.1
İntramüsküler Enjeksiyonu Yaptırdıkları Kişi		
Sağlık Kuruluşunda Sağlıkçıya	418	92.8
Eczanede Eczacıya ya da Kalfaya	16	3.6
İğne Yapmayı Bilen Akraba/Eş/Dosta	16	3.6
İlaçları Süspansiyon Haline Getirmeyi Biliyor Musunuz?		
Evet	313	69.6
Hayır	63	14.0
Biraz	74	16.4
İlacı Evde Sakladığı Yer		
Buzdolabında	186	41.4
Isı Koşullarına Göre(Yazın Buzdolabı Kışın Ecza Dolabı)	110	24.4
Oda Sıcaklığında	83	18.5
Ecza Dolabında	42	9.3
Üzerinde Yazan Dereceye Göre	29	6.4
Toplam	450	100.0

Tablo 2 Devam

Kullanılmayan İlaçların Durumu	Sayı	(%)
Evde İlaç Bulundurmam Çöpe Atarım	193	42.9
Fazla İlaç Evde Durur	160	35.6
Hastane, Eczane, ASM' ye Veririm	78	17.3
İhtiyacı Olana Veririm	19	4.2
Hastaneye Gelmeden Önce İlaç Kullanımı		
Evet	137	30.4
Hayır	313	69.6
Virüs Kaynaklı Hastalıklarda Aspirin Kullanımının Tehlikeli Olduğunu Bilme		
Evet	174	38.7
Hayır	276	61.3
İlacı Zamanında Vermeyi Unutunca		
Bir Şey Yapmıyorum Diğer Öğünde Tek Doz Veriyorum	251	55.8
Aklıma Gelir Gelmez Veriyorum	179	39.7
Diğer Öğünde Çift Doz Veriyorum	20	4.5
İlacı Bırakma Sebebi		
İlacımı Bırakmam	144	32.0
İyileşme	127	28.2
Belirtilerin Kaybolması	74	16.4
Fazla İlaç Almamak	57	12.7
Unutkanlık	22	4.9
Çocuğun İlacı İçmek İstememesi	14	4.0
Allerji	8	1.8
Bilgiyi Kim Veriyor		
Doktor	211	46.9
Eczacı	144	32.0
Hemşire	43	9.6
İnternete Bakıyorum	27	6.0
Bilgi Alamıyorum	25	5.5
Toplam	450	100.0

Tablo 2’de 0-12 yaş dönemi çocuğu olan ailenin sağlıkla ilgili davranışları ve akılcı ilaç kullanımının dağılımı gösterilmektedir. Annelerin, hastalık durumunda ilk başvuru merkezi olarak %40.3 devlet hastanelerini, %30.4 aile sağlığı merkezini tercih ettikleri belirlendi (Tablo 2).

Çocuğu hastalandığında annenin ilk başvuru yerinin annenin çalışma durumuna göre karşılaştırılmasında aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 3. Ailenin sosyal güvencesi ile çocuk hastalandığında ilk başvurduğu yer arasındaki ilişkinin incelenmesi

	ASM	Özel Sağ. Merkezi	Devlet Hastanesi	Üniversite Hastanesi	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Sosyal Güvence	3 (15.8)	0 (0.0)	12 (63.2)	4 (21.0)	19 (100.0)
Sosyal güvence yok	27 (27.8)	23 (23.7)	34 (35.1)	13 (13.4)	97 (100.0)
Emekli Sandığı	12 (30.8)	5 (12.8)	16 (41.0)	6 (15.4)	39 (100.0)
Bağ-Kur	64 (27.9)	36 (15.7)	98 (42.8)	31 (13.6)	229 (100.0)
SSK	0 (0.0)	1 (25.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	4 (100.0)
Özel Sağlık Sigortası	30 (48.4)	3 (4.8)	20 (32.3)	9 (14.5)	62 (100.0)
Yeşilkart	136 (30.4)	68 (15.2)	182 (40.3)	64 (14.1)	450 (100.0)

($\chi^2=27.932$, $p=0.02$)($p<0.05$)

Ailenin sosyal güvencesinin çocuğu hastalandığında ilk başvurduğu yere göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Sosyal güvencesi olmayanların %63.2'si devlet hastanelerini tercih ederken, Yeşil kartlıların %48.4'ü Aile Sağlığı Merkezi'ni tercih etmektedir (Tablo 3).

Tablo 4. Ailenin gelir durumu ile çocuk hastalandığında ilk başvuru yeri arasındaki ilişkinin incelenmesi

	ASM	Özel Sağ. Merkezi	Devlet Hastanesi	Üniversite Hastanesi	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Annenin Gelir Durumu	87 (32.6)	32 (12.0)	102 (38.2)	46 (17.2)	267 (100.0)
Gelir Giderden Az	43 (27.0)	29 (18.2)	74 (46.5)	13 (8.3)	159 (100.0)
Gelir Gidere Denk	6 (25.0)	7 (29.2)	6 (25.0)	5 (20.8)	24 (100.0)
Gelir Giderden Fazla	136 (30.4)	68 (15.2)	182 (40.3)	64 (14.1)	450 (100.0)

($\chi^2=16.864$, $p=0.01$)($p<0.05$)

Ailenin gelir durumunu ile çocuk hastalandığında ilk başvuru yeri arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Geliri giderden fazla olanların %29.2'si özel sağlık

merkezini tercih ederken, geliri giderden az olanların %12'si özel sağlık merkezini tercih etmektedir (Tablo 4).

Annelerin %92.8'i İM uygulamalarını bir sağlık merkezinde çalışan sağlıkçıya yaptırmaktadır (Tablo 2).

Annelerin %69.6'sı kuru toz halindeki ilaçların süspansiyon haline getirilmesini bildiğini ifade etti (Tablo 2).

Tablo 5. Süspansiyon hazırlamayı bilme durumu ve doğru anlatımın karşılaştırılmasının dağılımı

	Doğru Anlatan	Yanlış Anlatan	Toplam
Süspansiyon Şeklindeki İlaçları Hazırlamayı Bilme Durumu	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Evet	144 (46.0)	169 (54.0)	313 (100.0)
Hayır	0 (0.0)	63 (100.0)	63 (100.0)
Biraz	15 (20.3)	59 (79.7)	74 (100.0)
Toplam	159 (35.3)	291 (64.7)	450 (100.0)

Süspansiyon halindeki ilacı hazırlama bilgim var diyen annelerin sadece %46'sı doğru olarak anlatabildi (Tablo 5).

Kuru toz halindeki ilaçların süspansiyon haline getirme ve saklanma koşulları hakkında bilgisinin doğru olmasının ailenin gelir durumu, annenin yaşı, yaşadığı yere göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 6. Annelerin eğitimi ile kuru toz halindeki ilaçların süspansiyon haline getirme ve saklanma koşulları hakkında bilgisinin doğru olma durumuna göre incelenmesi

	Biliyor	Bilmiyor	Toplam
Eğitim Durumu	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Okur-yazar değil	7 (23.3)	23 (76.7)	30 (100.0)
Okur-yazar	5 (22.7)	17 (77.3)	22 (100.0)
İlköğretim	64 (31.4)	140 (68.6)	204 (100.0)
Lise	47 (38.2)	76 (61.8)	123 (100.0)
Üniversite ve üstü	36 (50.7)	35 (49.3)	71 (100.0)
Toplam	159 (35.3)	291 (64.7)	450 (100.0)

($\chi^2=12.609$, $p=0.01$)($p<0.05$)

Annelerin eğitim durumu ile kuru toz halindeki ilaçların süspansiyon haline getirme ve saklanma koşulları hakkında bilgisinin doğru olması karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Okur yazar olanların %22.7'si, üniversite ve üstü mezunların %50.7'si kuru toz halindeki ilaçların süspansiyon haline getirme ve saklama koşulları hakkında doğru bilgisi olduğu belirlendi (Tablo 6).

Annelerin %41.4'ü ilaçları evde buzdolabında saklarken, %6.4'ü üzerinde yazan dereceye göre saklamaktadır (Tablo 2).

Ailenin sosyal güvencesi, annenin yaşı ve yaşadığı yer ile ilaçları evde sakladığı yer arasındaki ilişki karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 7. Annenin eğitim durumu ile ilaçları evde saklama yeri arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Üzerinde					Toplam
	Oda Sıcaklığı	Ecza Dolabı	Buzdolabı	Isı koşullarına göre	yazan dereceye göre	
Eğitim Durumu	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Okur-yazar değil	4 (13.4)	0 (0.0)	19 (63.2)	5 (16.7)	2 (6.7)	30 (100.0)
Okur-yazar	5 (22.7)	3 (13.7)	10 (45.4)	4 (18.2)	0 (0.0)	22 (100.0)
İlköğretim	40 (19.6)	19 (9.3)	92 (45.1)	46 (22.5)	7 (3.5)	204 (100.0)
Lise	20 (16.3)	17 (13.8)	48 (39.0)	32 (26.0)	6 (4.9)	123 (100.0)
Üniversite ve Üstü	14 (19.7)	3 (4.2)	17 (23.9)	23 (32.5)	14 (19.7)	71 (100.0)
Toplam	83 (18.5)	42 (9.3)	186 (41.4)	110 (24.4)	29 (6.4)	450 (100.0)

($\chi^2=46.235$, $p=0.00$)($p<0.05$)

Annelerin eğitim durumunun ilaçları evde saklama yerine göre karşılaştırılmasında aralarında anlamlı farklılık olduğu bulundu ($p<0.05$). İlköğretim mezunlarının %3.5'inin, üniversite ve üstü mezunların %19.7'sinin ilaçları üzerinde yazan dereceye göre sakladığı bulundu (Tablo 7).

Annelerin %42.9'u kullanmadığı ilacı evde bulundurmuyup çöpe attığını, %35.6'sı fazla ilaçları evde sakladığını ifade etti (Tablo 2).

Annelerin yaşı, eğitim ve çalışma durumu ile kullanmadığı ilaçları ne yaptıkları ile ilgili görüşleri karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 8. Annenin yaşadığı yerin kullanmadığı ilaçları ne yaptığına göre incelenmesi

	İhtiyacı Olana Veririm	Hastane, Ecz, ASM Veririm	Evde Durur	Evde Durmaz Çöpe Atarım	Toplam
Yaşanılan Yer	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Köy	6 (13.0)	3 (6.5)	14 (30.5)	23 (50.0)	46 (100.0)
İlçe	2 (1.3)	27 (17.7)	62 (40.5)	62 (40.5)	153 (100.0)
Şehir	11 (4.4)	48 (19.1)	84 (33.5)	108 (43.0)	251 (100.0)
Toplam	19 (4.2)	78 (17.3)	160 (35.6)	193 (42.9)	450 (100.0)

($\chi^2=17.599$, $p=0.00$)($p<0.05$)

Annenin yaşadığı yerin kullanmadığı ilaçları ne yaptığı durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Köyde yaşayanların %30.5'inin, ilçede yaşayanların %40.5'inin kullanmadığı ilaçları evde tuttuğu bulundu (Tablo 8).

Tablo 9. Ailenin gelir durumu ile kullanmadığı ilaçlarla ilgili görüşlerinin incelenmesi

	İhtiyacı Olana Veririm	Hastane, Ecz, ASM Veririm	Evde Durur	Evde Durmaz Çöpe Atarım	Toplam
Yaşanılan Yer	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Gelir Giderden Az	15 (5.6)	43 (16.1)	105 (39.2)	104 (39.1)	267 (100.0)
Gelir Gidere Denk	4 (2.3)	26 (16.4)	51 (32.1)	78 (49.2)	159 (100.0)
Gelir Giderden Fazla	0 (0.0)	9 (37.5)	4 (16.7)	11 (45.8)	24 (100.0)
Toplam	19 (4.2)	78 (17.3)	160 (35.6)	193 (42.9)	450 (100.0)

($\chi^2=15.735$, $p=0.01$)($p<0.05$)

Ailenin gelir durumunun kullanmadığı ilaçları ne yaptığı durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Geliri giderden az olanların %39.2'sinin, geliri giderden fazla olanların %16.7'sinin kullanmadığı ilaçları evde tuttuğu bulundu (Tablo 9).

Annelerin %30.4'ü hastaneye gelmeden önce çocuğuna evde ilaç kullanmıştı (Tablo 2). Başvuru öncesi ilaç kullananların %41.7'si solunum sistemi şikayeti nedeniyle hastaneye gelmişti (Tablo 10).

Tablo 10. Sağlık kuruluşuna başvuru öncesi evde ilaç kullanımı ve başvuru yakınmasının ilgili olduğu organ/sistem dağılımı

	Solunum Sistemi	Dolaşım Sistemi	Enfeksiyon Hastalıkları	Nöroloji	Üriner Sistem	Endokrin	Hematoloji	Sindirim Sistemi	Toplam
Sağlık Kuruluşuna Başvuru Öncesi Evde İlaç Kullanımı	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %
Evet	57 (41.7)	11 (8.0)	17 (12.4)	12 (8.8)	11 (8.0)	10 (7.3)	4 (2.9)	15 (10.9)	137 (100.0)
Hayır	90 (28.7)	39 (12.5)	46 (14.7)	21 (6.7)	35 (11.2)	27 (8.6)	10 (3.2)	45 (14.4)	313 (100.0)
Toplam	147 (32.7)	50 (11.1)	63 (14.0)	33 (7.3)	46 (10.2)	37 (8.2)	14 (3.2)	60 (13.3)	450 (100.0)

Sağlık kuruluşuna gelmeden önce çocuğuna evde olan bir ilacı kullanma durumu, annenin yaşı, sosyal güvencesi, gelir, eğitim ve çalışma durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir ilişki görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 11. Annenin yaşadığı yerin sağlık kuruluşuna gelmeden önce çocuğuna evde olan bir ilacı kullanma durumuna göre incelenmesi

	Evet	Hayır	Toplam
Yaşanılan Yer	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Köy	15 (32.6)	31 (67.4)	46 (100.0)
İlçe	34 (22.2)	119 (77.8)	153 (100.0)
Şehir	88 (35.1)	163 (64.9)	251 (100.0)
Toplam	137 (30.4)	313 (69.6)	450 (100.0)

($\chi^2=7.511$, $p=0.02$)($p<0.05$)

Annenin yaşadığı yerin sağlık kuruluşuna gelmeden önce çocuğuna evde olan bir ilacı kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). İlçede yaşayanların %22.2'sinin, şehirde yaşayanların 35.1'inin sağlık kuruluşuna gelmeden önce çocuğuna evde olan bir ilacı kullandığı görüldü (Tablo11).

Tablo 12. Virüs kaynaklı hastalıklarda aspirin kullanımının tehlikeli olduğunu bilme ve aspirin kullanım sıklığının dağılımı

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiç b r zaman	Toplam
Virüs Kaynaklı Hastalıklarda Aspirin Kullanımının Tehlikeli Olduğunu Bilme	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %	Sayı %
Evet	4 (2.3)	0 (0.0)	2 (1.1)	4 (2.3)	164 (94.3)	174 (100.0)
Hayır	8 (3.0)	10 (3.6)	34 (12.3)	39 (14.1)	185 (67.0)	276 (100.0)
Toplam	12 (2.7)	10 (2.2)	36 (8.0)	43 (9.6)	349 (77.5)	450 (100.0)

Annelerin %38.7'si virüs kaynaklı hastalıklarda aspirin kullanımının tehlikeli olduğunu bilmektedir (Tablo 2). Virüs kaynaklı hastalıklarda aspirin kullanımının tehlikeli olduğunu bilenlerin %2.3'ü aspirini her zaman kullanmaktadır (Tablo 12).

Anneler ilacı zamanında vermeyi unuttuklarında %55.8 diğer öğünde tek doz, %39.7 aklına gelir gelmez, %4.5 diğer öğünde çift doz olarak vermektedir (Tablo 2).

İlacı zamanında vermeyi unuttuğunda ne yaptığının ailenin sosyal güvencesi, annenin yaşı, yaşadığı yer, eğitim ve çalışma durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 13. Ailenin gelir durumunun ilacı zamanında vermeyi unuttuğunda ne yaptığı durumuna göre incelenmesi

	Aklına Gelir	Diğer Öğün	Diğer Öğün	Toplam
	Gelmez	Çift Doz	Tek Doz	
Gelir Durumu	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Gelir Giderden Az	120 (44.9)	15 (5.6)	132 (49.5)	267 (100.0)
Gelir Gidere Denk	52 (32.7)	4 (2.5)	103 (64.8)	159 (100.0)
Gelir Giderden Fazla	7 (29.2)	1 (4.2)	16 (66.6)	24 (100.0)
Toplam	179 (39.7)	20 (4.5)	251 (55.8)	450 (100.0)

($\chi^2=11.377$, $p=0.02$)($p<0.05$)

Ailenin gelir durumunun ilacı zamanında vermeyi unuttuğunda ne yaptığı durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Geliri giderden az olanların %44.9'u, geliri gidere denk olanların %32.7'si, geliri giderden fazla olanların %29.2'si ilacı zamanında vermeyi unuttuğunda ilacı aklına gelir gelmez vermektedir (Tablo 13).

Çalışmaya katılan annelerin %32'sinin ilaçları bitmeden içmeyi bırakmadığı bulundu. Annelerin %28.2'si iyileştiği için, %16.4'ü belirtilerin kaybolmasından dolayı, %12.7 si fazla ilaç almamak için, %4.9'u unuttuğu için, %4'ü çocuğun ilacı içmek istememesinden dolayı ve %1.8'i alerjisi olduğu ilaç içmeyi erken bıraktığı bulundu (Tablo 2).

İlacı bırakma sebebi ailenin sosyal güvencesi, annenin yaşı, yaşadığı yer ve eğitim durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi

($p>0.05$). Anne çalışma durumunun ilacı bırakma durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Kamuda çalışanların %11.1'i, özelde çalışanların %8.6'sı, çalışmayanların %2.1'i çocuğun ilacı içmek istememesi nedeniyle ilaçları erken bırakmaktadır (Tablo 14).

Tablo 14. Anne çalışma durumunun ilacı bırakma durumuna göre incelenmesi

	İyileşme	Belirtilerin Kaybolması	Unutkanlık	Alerji	Fazla İlaç Almamak	Çocuğun İstememesi	İlacımı Bırakmam	Toplam
Çalışma Durumu	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Kamuda Çalışıyor	6 (13.3)	3 (6.7)	5 (11.1)	1 (2.2)	6 (13.3)	5 (11.1)	19 (42.3)	45 (100.0)
Özelde Çalışıyor	18 (25.7)	11 (15.7)	3 (4.3)	2 (2.9)	11 (15.7)	6 (8.6)	19 (27.1)	70 (100.0)
Çalışmıyor	103 (30.7)	60 (17.9)	14 (4.2)	5 (1.6)	40 (11.9)	7 (2.1)	106 (31.6)	335 (100.0)
Toplam	127 (28.2)	74 (16.4)	22 (4.9)	8 (1.8)	57 (12.7)	18 (4.0)	144 (32.0)	450 (100.0)

($\chi^2=27.217$, $p=0.00$)($p<0.05$)

Annelerin kullandıkları ilaç hakkındaki bilgiyi %46.9 hekimden, %32 eczacıdan ve %9.6 hemşireden aldıkları bulundu. Annelerin %5.5'inin ilaç hakkında hiç bilgi alamadığı ve %6'sının bu bilgiyi internetten araştırdığı bulundu (Tablo 2).

Bilgiyi kimden aldığıının annenin yaşadığı yere göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 15. Annenin eğitim durumunun ilaç hakkındaki bilgiyi kimden aldığına göre incelenmesi

Eğitim Durumu	Doktor	Hemşire	Eczacı	İnternet	Bilgi Alamıyorum	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Okur-yazar değil	4 (13.4)	3 (10.0)	21 (69.9)	0 (0.0)	2 (6.7)	30 (100.0)
Okur-yazar	4 (18.2)	2 (9.1)	12 (54.5)	0 (0.0)	4 (18.2)	22 (100.0)
İlköğretim	103 (50.5)	17 (8.3)	63 (30.9)	8 (3.9)	13 (6.4)	204 (100.0)
Lise	65 (52.9)	10 (8.1)	36 (29.3)	9 (7.3)	3 (2.4)	123 (100.0)
Üniversite ve Üstü	35 (49.3)	11 (15.6)	12 (16.8)	10 (14.1)	3 (4.2)	71 (100.0)
Toplam	211 (46.9)	43 (9.6)	144 (32.0)	27 (6.0)	25 (5.5)	450 (100.0)

($\chi^2=60.001$, $p=0.00$)($p<0.05$)

Annelerin eğitim durumunun ilaç hakkındaki bilgiyi kimden aldığına göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Okur-yazar olmayanların %13.4'ü hekimden ilaç hakkındaki bilgi alırken, %10'u hemşireden bilgi almaktadır. Üniversite ve üstü mezunların %49.3'ü hekimden ilaç hakkında bilgi alırken, %15.6'sı hemşireden bilgi almaktadır (Tablo 15).

Tablo 16. Annelerin ilaç kullanma ile ilgili görüşlerinin dağılımı

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Eczaneden ilacınızı alırken reçetede yazan ilacın eşdeğerini kullanmayı kabul etme	47 (10.4)	36 (8.1)	104 (23.1)	81 (18.0)	182 (40.4)	450 (100)
Doktora gitmeden eczaneden ilaç alma ve kullanma	8 (1.8)	12 (2.7)	85 (18.9)	77 (17.1)	268 (59.5)	450 (100)
Doktora danışmadan evde olan ilacı çocuğuna kullanma	12 (2.7)	20 (4.4)	112 (24.9)	77 (17.1)	229 (50.9)	450 (100)
Akraba, arkadaş ve komşuların tavsiyesiyle çocuğuna ilaç kullanma	5 (1.1)	7 (1.6)	24 (5.3)	59 (13.1)	355 (78.9)	450 (100)
Akraba, arkadaş ve komşularına ilaç tavsiye etme	14 (3.1)	24 (5.4)	57 (12.7)	68 (15.1)	287 (63.7)	450 (100)
Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan çocuğuna antibiyotik kullanma	11 (2.5)	20 (4.4)	36 (8.0)	54 (12.0)	329 (73.1)	450 (100)
Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakma	24 (5.3)	52 (11.7)	132 (29.4)	98 (21.8)	144 (31.8)	450 (100)
Kullandığı ilacın ne ilacı olduğu hakkında bilgi alma	244 (54.2)	99 (22.0)	45 (10.0)	37 (8.2)	25 (5.6)	450 (100)
Kullandığı ilacın prospektüsünü okuma	294 (65.4)	80 (17.8)	42 (9.3)	20 (4.4)	14 (3.1)	450 (100)
İlacı kullanırken çocuğunun açlık-tokluk durumuna dikkat etme	337 (74.7)	70 (15.6)	28 (6.2)	12 (2.8)	3 (0.7)	450 (100)
Çocuğuna ilacı kullanırken saat aralığına dikkat etme	335 (74.3)	75 (16.7)	24 (5.4)	8 (1.8)	8 (1.8)	450 (100)
Çocuğuna ilacı kullanmadan önce son kullanma tarihine bakma	348 (77.3)	67 (14.9)	22 (4.9)	6 (1.3)	7 (1.6)	450 (100)
Çocuğu için evde ilaç bulunsun diye doktora ilaç yazdırma	19 (4.1)	30 (6.7)	121 (26.9)	79 (17.6)	201 (44.7)	450 (100)
Çocuklar için toz halinde olan ilaçlarda kullanılan ölçek hakkında bilgi alma	220 (48.8)	131 (29.1)	49 (10.9)	25 (5.6)	25 (5.6)	450 (100)
Bu bilgiyi veren kişiye anlaşılmayan yerleri sorma	240 (53.3)	115 (25.6)	55 (12.2)	25 (5.6)	15 (3.3)	450 (100)
İlacın yan etkileri hakkında bilgi verilmesi	73 (16.2)	52 (11.5)	76 (16.9)	66 (14.7)	183 (40.7)	450 (100)
Beklenmeyen bir etki yaşadığında prospektüsü yeniden okuma	267 (59.3)	86 (19.1)	38 (8.4)	22 (5.0)	37 (8.2)	450 (100)
Bu ilacı kullanırken şu besinler bol tüketilmeli ya da hiç yenmemeli gibi ilaçla birlikte size beslenme konusunda bilgi verilmesi	67 (14.9)	51 (11.3)	70 (15.6)	68 (15.1)	194 (43.1)	450 (100)
İlaç tedavisinin kaç gün süreceği ve ilaçların ne zaman bırakılması gerektiği hakkında bilgi verilmesi	212 (47.1)	92 (20.4)	55 (12.2)	37 (8.3)	54 (12.0)	450 (100)
Çocuğu nezle, grip, suçiçeği olduğunda aspirin kullanımı	12 (2.6)	10 (2.1)	36 (8.0)	43 (9.6)	349 (77.7)	450 (100)
Doktora çocuğu için kullandığı diğer ilaçları söyleme	336 (74.5)	71 (15.9)	24 (5.4)	12 (2.7)	7 (1.5)	450 (100)
Doktorun çocuğuna verdiği hapları bölerek kullanma	57 (12.8)	47 (10.4)	94 (20.8)	61 (13.6)	191 (42.4)	450 (100)
Göz/kulak/burun damlalarının kullanımı hakkında bilgi alma	172 (38.2)	85 (18.9)	53 (11.8)	49 (10.9)	91 (20.2)	450 (100)

Annelerin %40.4'ü eczaneden ilaçlarını alırken reçetede yazan ilacın eşdeğerini kullanmayı hiçbir zaman kabul etmemektedir. Annelerin %59.5'i hiçbir zaman doktora gitmeden eczaneden ilaç almamaktadır. Annelerin %50.9'u hiçbir zaman doktora danışmadan evde olan ilacı çocuğuna kullanmamaktadır. Annelerin %78.9'u hiçbir zaman akraba, arkadaş, komşuların tavsiyesiyle çocuğuna ilaç kullanmamaktadır. Annelerin %63.7'si akraba, arkadaş ve komşularına hiçbir zaman ilaç tavsiye etmemektedir. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan çocuğuna her zaman antibiyotik kullanan anneler %2.5'dir. Annelerin %31.8'i doktorun verdiği antibiyotikleri hiçbir zaman bitirmeden bırakmamaktadır. Kullandığı ilacın ne ilacı olduğu hakkında her zaman bilgi alan anne oranı %54.2'dir. Annelerin %65.4'ü her zaman prospektüsü okumaktadır.

İlacı kullanırken çocuğun açlık tokluk durumuna her zaman dikkat eden anneler %74.7'dir. Çocuğuna ilacı kullanırken saat aralığına her zaman dikkat eden anneler %74.3'dür. İlaçların son kullanma tarihine annelerin %77.3'ü her zaman bakmaktadır. Annelerin %4.1'i çocuğu için evde ilaç bulunsun diye her zaman doktora ilaç yazdırmaktadır. Annelerin %48.8'i her zaman süspansiyon ilaçlarda kullanılan ölçek hakkında bilgi almaktadır. Bu bilgiyi veren kişiye rahatlıkla anlamadığı yerleri her zaman sorabilen anneler %53.3'dür. İlaçların yan etkileri hakkında hiçbir zaman bilgi verilmeyen anneler %40.7'dir. Beklenmeyen bir etki yaşadığında annelerin %59.3'ü her zaman prospektüsü yeniden okumaktadır. İlaçları kullanırken besinlerle ilgili ilaç beslenme etkileşimi hakkında annelerin %43.1'i hiçbir zaman bilgi alamadığını ifade etti. İlaç tedavisinin kaç gün süreceği ve ilaçların ne zaman bırakılması gerektiği hakkında her zaman bilgi verilen anneler %47.1'dir. Çocuğu nezle, grip, suçiçeği olduğunda her zaman aspirin kullanan anne %2.6'dır. Doktora çocuğunun kullandığını diğer ilaçları annelerin %74.5'i her zaman söylemektedir. Doktorun çocuğuna verdiği hapları her zaman bölerek (ikiye, dörde bölme gibi) kullanmak zorunda kalan anneler %12.8'dir. Annelerin %38.2'si göz/kulak/burun damlalarının kullanımı hakkında her zaman bilgi almaktadır (Tablo16).

Eczaneden ilacını alırken reçetede yazan ilacın eşdeğerini kullanmayı kabul etmenin annenin yaşadığı yer ve ailenin gelir durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 17. Annenin eğitim durumunun eczaneden ilacın eşdeğerini almayı kabul etme durumuna göre incelenmesi

Eğitim Durumu	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Okur-yazar değil	4 (13.3)	5 (16.7)	5 (16.7)	3 (10.0)	13 (43.3)	30 (100.0)
Okur-yazar	3 (13.6)	4 (18.2)	7 (31.9)	2 (9.1)	6 (27.2)	22 (100.0)
İlköğretim	20 (9.8)	10 (4.9)	37 (18.1)	29 (14.2)	108 (53.0)	204 (100.0)
Lise	9 (7.3)	11 (8.9)	30 (24.4)	28 (22.9)	45 (36.5)	123 (100.0)
Üniversite ve Üstü	11 (15.5)	6 (8.4)	25 (35.2)	19 (26.8)	10 (14.1)	71 (100.0)
Toplam	47 (10.4)	36 (8.1)	104 (23.1)	81 (18.0)	182 (40.4)	450 (100.0)

($\chi^2=49.490$, $p=0.00$)($p<0.05$)

Annenin eğitim durumunun eczaneden ilacın eşdeğerini almayı kabul etme durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). İlköğretim mezunlarının %53'ü, lise mezunları %36.5'i, üniversite ve üstü mezunlarının ise %14.1'i hiçbir zaman ilacın eşdeğerini kullanmayı kabul etmemektedir (Tablo 17).

Doktora gitmeden eczaneden ilaç alıp kullanma durumu annenin yaşı ve ailenin gelir durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 18. Ailenin sosyal güvencesinin doktora gitmeden eczaneden ilaç alıp kullanma durumuna göre incelenmesi

Sosyal Güvence	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Sosyal Güvence Yok	3 (15.8)	1 (5.3)	6 (31.6)	2 (10.5)	7 (36.8)	19 (100.0)
Emekli Sandığı	0 (0.0)	2 (2.0)	28 (28.9)	23 (23.7)	44 (45.4)	97 (100.0)
Bağ-Kur	0 (0.0)	0 (0.0)	9 (23.1)	7 (17.9)	23 (59.0)	39 (100.0)
SSK	5 (2.2)	5 (2.2)	36 (15.7)	35 (15.4)	148 (64.5)	229 (100.0)
Özel Sağlık Sigortası	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	3 (75.0)	4 (100.0)
Yeşilkart	0 (0.0)	4 (6.4)	5 (8.1)	10 (16.2)	43 (69.3)	62 (100.0)
Toplam	8 (1.8)	12 (2.7)	85 (18.9)	77 (17.1)	268 (59.5)	450 (100.0)

($\chi^2=53.525$, $p=0.00$)($p<0.05$)

Ailenin sosyal güvencesinin doktora gitmeden eczaneden ilaç alıp kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Sosyal güvencesi olmayanların %15.8'i, SSK'lıların %2.2'si her zaman eczaneden ilaç alıp kullanmaktadır (Tablo 18).

Doktora danışmadan evde olan ilacı çocuğuna kullanma durumu ailenin sosyal güvencesi ve yaşadığı yere göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 19. Annenin çalışma durumunun evde var olan ilacı doktora danışmadan çocuğuna kullanma durumuna göre incelenmesi

Çalışma Durumu	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Kamuda Çalışıyor	1 (2.2)	1 (2.2)	15 (33.3)	13 (29.0)	15 (33.3)	45 (100.0)
Özelde Çalışıyor	6 (8.6)	3 (4.3)	18 (25.7)	17 (24.3)	26 (37.1)	70 (100.0)
Çalışmıyor	5 (1.5)	16 (4.8)	79 (23.6)	47 (14.0)	188 (56.1)	335 (100.0)
Toplam	12 (2.7)	20 (4.4)	112 (24.9)	77 (17.1)	229 (50.9)	450 (100.0)

($\chi^2=27.781, p=0.00$)($p<0.05$)

Annenin çalışma durumunun evde var olan ilacı doktora danışmadan çocuğuna kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı fark bulundu ($p<0.05$). Çalışmayan annelerin %56.1'i, özelde çalışanların %37.1'i evde var olan ilacı doktora danışmadan hiçbir zaman çocuğuna kullanmamaktadır (Tablo 19).

Tablo 20. Ailenin gelir durumunun evde var olan ilacı doktora danışmadan çocuğuna kullanma durumuna göre incelenmesi

Gelir Durumu	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Gelir Giderden Az	3 (1.1)	13 (4.9)	70 (26.6)	45 (16.5)	136 (50.9)	267 (100.0)
Gelir Gidere Denk	3 (1.9)	5 (3.0)	39 (24.5)	31 (19.3)	81 (51.3)	159 (100.0)
Gelir Giderden Fazla	6 (25.0)	2 (8.3)	3 (12.5)	1 (4.2)	12 (50.0)	24 (100.0)
Toplam	12 (2.7)	20 (4.4)	112 (24.9)	77 (17.1)	229 (50.9)	450 (100.0)

($\chi^2=53.737, p=0.00$)($p<0.05$)

Ailenin gelir durumunun evde var olan ilacı doktora danışmadan çocuğuna kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Geliri giderden az olanların %26.6'sı, geliri giderden fazla olanların %12.5'i evde var olan ilacı doktora danışmadan bazen çocuğuna kullanmaktadır (Tablo 20).

Akraba, arkadaş, komşuların tavsiyesiyle çocuğuna ilaç kullanma durumu ailenin sosyal güvencesi, annenin yaşı, çalışma durumu ve yaşadığı yere göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$).

Tablo 21. Annenin eğitim durumunun akraba/arkadaş/komşu tavsiyesiyle çocuğuna ilaç kullanma durumuna göre incelenmesi

Eğitim Durumu	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Okur-yazar değil	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (16.7)	5 (16.7)	20 (66.6)	30 (100.0)
Okur-yazar	0 (0.0)	4 (18.2)	2 (9.1)	4 (18.2)	12 (54.5)	22 (100.0)
İlköğretim	2 (1.0)	1 (0.5)	4 (2.0)	23 (11.3)	174 (85.2)	204 (100.0)
Lise	1 (0.8)	2 (1.6)	6 (4.8)	17 (13.9)	97 (78.9)	123 (100.0)
Üniversite ve üstü	2 (2.8)	0 (0.0)	7 (9.9)	10 (14.1)	52 (73.2)	71 (100.0)
Toplam	5 (1.1)	7 (1.6)	24 (5.3)	59 (13.1)	355 (78.9)	450 (100.0)

($\chi^2=64.571, p=0.00$)($p<0.05$)

Annenin eğitim durumunun akraba/arkadaş/komşu tavsiyesiyle çocuğuna ilaç kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Okur-yazar olanların %54.5'i, ilköğretim mezunlarının %85.2'si akraba/arkadaş/komşu tavsiyesiyle çocuğuna hiçbir zaman ilaç kullanmamaktadır (Tablo 21).

Akraba, arkadaş ve komşularına ilaç tavsiye etme durumu ailenin gelir, annenin çalışma ve eğitim durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 22. Annenin yaşadığı yerin akraba/arkadaş/komşuya ilaç tavsiye etme durumuna göre incelenmesi

Yaşanılan Yer	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Köy	3 (6.5)	1 (2.2)	3 (6.5)	2 (4.4)	37 (80.4)	46 (100.0)
İlçe	2 (1.3)	4 (2.6)	22 (14.3)	27 (17.6)	98 (64.2)	153 (100.0)
Şehir	9 (3.6)	19 (7.6)	32 (12.7)	39 (15.5)	152 (60.6)	251 (100.0)
Toplam	14 (3.1)	24 (5.4)	57 (12.7)	68 (15.1)	287 (63.7)	450 (100.0)

($\chi^2=17.183, p=0.02$)($p<0.05$)

Annenin yaşadığı yerin akraba/arkadaş/komşuya ilaç tavsiye etme durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Köyde yaşayanların %80.4'ü, ilçede yaşayanların %64.2'si, şehirde yaşayanların %60.6'sı hiçbir zaman ilaç tavsiye etmemektedir (Tablo 22).

Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan çocuğuna antibiyotik kullanma durumu annenin yaşı ve ailenin gelir durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 23. Annenin çalışma durumunun grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora danışmadan çocuğuna antibiyotik kullanma durumuna göre incelenmesi

Çalışma Durumu	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Kamuda Çalışıyor	2 (4.4)	0 (0.0)	4 (8.8)	5 (11.2)	34 (75.6)	45 (100.0)
Özelde Çalışıyor	5 (7.1)	2 (2.9)	6 (8.6)	18 (25.7)	39 (55.7)	70 (100.0)
Çalışmıyor	4 (1.2)	18 (5.4)	26 (7.8)	31 (9.2)	256 (76.4)	335 (100.0)
Toplam	11 (2.5)	20 (4.4)	36 (8.0)	54 (12.0)	329 (73.1)	450 (100.0)

($\chi^2=28.886, p=0.00$)($p<0.05$)

Annenin çalışma durumunun grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora danışmadan çocuğuna antibiyotik kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Özelde çalışanların %55.7'si, çalışmayanların %76.4'ü doktora danışmadan evdeki antibiyotiği çocuğuna hiçbir zaman vermemektedir (Tablo 23).

Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakma durumu ailenin sosyal güvencesi, geliri, annenin yaşadığı yer ve eğitim durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 24. Annenin yaşının antibiyotikleri bitirmeden bırakma durumuna göre incelenmesi

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
Yaş Grubu	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
20 - 25 Yaş Arası	1 (1.6)	12 (19.4)	17 (27.4)	7 (11.3)	25 (40.3)	62 (100.0)
26 - 30 Yaş Arası	9 (7.9)	16 (13.9)	32 (27.8)	19 (16.5)	39 (33.9)	115 (100.0)
31 - 35 Yaş Arası	2 (1.5)	12 (9.0)	42 (31.6)	36 (27.1)	41 (30.8)	133 (100.0)
36 - 40 Yaş Arası	10 (11.8)	7 (8.2)	26 (30.6)	18 (21.2)	24 (28.2)	85 (100.0)
41 - 51 Yaş Arası	2 (3.6)	5 (9.1)	15 (27.3)	18 (32.7)	15 (27.3)	55 (100.0)
Toplam	24 (5.3)	52 (11.7)	132 (29.4)	98 (21.8)	144 (31.8)	450 (100.0)

($\chi^2=31.303$, $p=0.01$)($p<0.05$)

Annenin yaşının antibiyotikleri bitirmeden bırakma durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). 20-25 yaş arası annelerin %40.3'ü, 41-51 yaş arası annelerin %27.3'ü hiçbir zaman doktorun verdiği antibiyotiği bitirmeden bırakmamaktadır (Tablo 24).

Kullandığı ilacın ne ilacı olduğu hakkında bilgi alma durumu annenin sosyal güvencesi, gelir durumu, annenin yaşı, yaşadığı yer ve çalışma durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 25. Annenin eğitim durumunun kullandığı ilaç hakkında bilgi alabilme durumuna göre incelenmesi

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
Eğitim Durumu	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Okur-yazar değil	16 (53.6)	3 (9.9)	5 (16.4)	4 (13.4)	2 (6.7)	30 (100.0)
Okur-yazar	7 (31.8)	3 (13.6)	5 (22.7)	5 (22.7)	2 (9.2)	22 (100.0)
İlköğretim	107 (52.5)	46 (22.5)	19 (9.3)	18 (8.8)	14 (6.9)	204 (100.0)
Lise	72 (58.6)	30 (24.4)	12 (9.6)	7 (5.8)	2 (1.6)	123 (100.0)
Üniversite ve Üstü	42 (58.8)	17 (23.9)	4 (5.9)	3 (4.2)	5 (7.2)	71 (100.0)
Toplam	244 (54.2)	99 (22.0)	45 (10.0)	37 (8.2)	25 (5.6)	450 (100.0)

($\chi^2=26.287$, $p=0.05$)($p<0.05$)

Annenin eğitim durumunun kullandığı ilaç hakkında bilgi alabilme durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Okur-yazar annelerin %31.8'i, üniversite ve üstü mezunların %58.8'i kullandığı ilaç hakkında her zaman bilgi almaktadır (Tablo 25).

Kullandığı ilacın içindeki ilaç bilgilerini içeren kağıdı (prospektüsünü) okuma durumu ailenin geliri, annenin yaşı ve çalışma durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 26. Annenin eğitim durumunun prospektüs okuma durumuna göre incelenmesi

Eğitim Durumu	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Okur-yazar değil	9 (30.0)	3 (10.0)	5 (16.7)	4 (13.3)	9 (30.0)	30 (100.0)
Okur-yazar	9 (40.9)	6 (27.3)	3 (13.6)	3 (13.6)	1 (4.6)	22 (100.0)
İlköğretim	137 (67.2)	37 (18.1)	19 (9.3)	9 (4.4)	2 (1.0)	204 (100.0)
Lise	90 (73.2)	20 (16.3)	10 (8.1)	1 (0.8)	2 (1.6)	123 (100.0)
Üniversite ve Üstü	49 (69.1)	14 (19.7)	5 (7.0)	3 (4.2)	0 (0.0)	71 (100.0)
Toplam	294 (65.4)	80 (17.8)	42 (9.3)	20 (4.4)	14 (3.1)	450 (100.0)

($\chi^2=103.461, p=0.00$)($p<0.05$)

Annenin eğitim durumunun prospektüs okuma durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Okur-yazar annelerin %40.9'u, lise mezunu annelerin %73.2'si her zaman prospektüs okumaktadır (Tablo 26).

İlacı kullanırken çocuğunun açlık tokluk durumuna dikkat etme durumu ailenin sosyal güvencesi, annenin yaşı ve yaşadığı yere göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 27. Annenin eğitim durumunun ilacı kullanmadan önce açlık-tokluk durumuna dikkat etme durumuna göre incelenmesi

Eğitim Durumu	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Okur-yazar değil	20 (66.7)	8 (26.7)	2 (6.6)	0 (0.0)	0 (0.0)	30 (100.0)
Okur-yazar	9 (40.9)	8 (36.4)	2 (9.1)	3 (13.6)	0 (0.0)	22 (100.0)
İlköğretim	164 (80.3)	28 (13.7)	5 (2.5)	5 (2.5)	2 (1.0)	204 (100.0)
Lise	97 (78.9)	16 (13.0)	8 (6.5)	1 (0.8)	1 (0.8)	123 (100.0)
Üniversite ve Üstü	47 (66.2)	10 (14.1)	11 (15.5)	3 (4.2)	0 (0.0)	71 (100.0)
Toplam	337 (74.7)	70 (15.6)	28 (6.2)	12 (2.8)	3 (0.7)	450 (100.0)

($\chi^2=43.961, p=0.00$)($p<0.05$)

Annenin eğitim durumunun ilacı kullanmadan önce açlık-tokluk durumuna dikkat etme durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Okur-yazar olanların %40.9'u, lise mezunlarının %78.9'u ilaçları kullanmadan önce her zaman açlık-tokluk durumuna dikkat etmektedir (Tablo 27).

Çocuğuna ilacı kullanırken saat aralığına dikkat etme durumu ailenin sosyal güvencesi, geliri, annenin yaşadığı yer ve çalışma durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 28. Annenin eğitim durumunun ilaçları kullanırken saat aralığına dikkat etme durumuna göre incelenmesi

Eğitim Durumu	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Okur-yazar değil	19 (63.3)	11 (36.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	30 (100.0)
Okur-yazar	12 (54.6)	3 (13.6)	4 (18.2)	1 (4.5)	2 (9.1)	22 (100.0)
İlköğretim	151 (73.7)	39 (19.5)	7 (3.3)	3 (1.5)	4 (2.0)	204 (100.0)
Lise	103 (84.0)	9 (7.2)	6 (4.8)	3 (2.4)	2 (1.6)	123 (100.0)
Üniversite ve Üstü	50 (70.6)	13 (18.2)	7 (9.8)	1 (1.4)	0 (0.0)	71 (100.0)
Toplam	335 (74.3)	75 (16.7)	24 (5.4)	8 (1.8)	8 (1.8)	450 (100.0)

($\chi^2=40.860, p=0.00$)($p<0.05$)

Annenin eğitim durumunun ilaçları kullanırken saat aralığına dikkat etme durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Okur-yazar annelerin %54.6'sı, lise mezunu annelerin %84'ü her zaman ilaçları kullanırken saat aralığına dikkat etmektedir (Tablo 28).

Çocuğuna ilacı kullanmadan önce son kullanma tarihine bakma durumu ailenin sosyal güvencesi, geliri, annenin yaşı ve çalışma durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 29. Annenin eğitim durumunun ilacı kullanmadan önce son kullanma tarihine bakma durumuna göre incelenmesi

Eğitim Durumu	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Okur-yazar değil	15 (50.0)	11 (36.7)	3 (10.0)	0 (0.0)	1 (4.3)	30 (100.0)
Okur-yazar	18 (81.9)	2 (9.1)	1 (4.5)	1 (4.5)	0 (0.0)	22 (100.0)
İlköğretim	154 (75.5)	29 (14.2)	14 (6.9)	1 (0.5)	6 (2.9)	204 (100.0)
Lise	103 (83.7)	14 (11.4)	2 (1.6)	4 (3.3)	0 (0.0)	123 (100.0)
Üniversite ve Üstü	58 (81.7)	11 (15.5)	2 (2.8)	0 (0.0)	0 (0.0)	71 (100.0)
Toplam	348 (77.3)	67 (14.9)	22 (4.9)	6 (1.3)	7 (1.6)	450 (100.0)

($\chi^2=35.577$, $p=0.00$)($p<0.05$)

Annenin eğitim durumunun ilacı kullanmadan önce son kullanma tarihine bakma durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Okur-yazar olmayanların %50.0'si, lise mezunlarının %83.7'si ilaçları kullanmadan önce her zaman son kullanma tarihine bakmaktadır (Tablo 29).

Çocuğu için evde ilaç bulsun diye doktora ilaç yazdırma durumu ailenin sosyal güvencesi, annenin yaşadığı yer ve eğitim durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 30. Annenin yaş grubunun çocuğu için evde ilaç bulunsun diye doktora ilaç yazdırma durumuna göre incelenmesi

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
Yaş Grubu	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
20 - 25 Yaş Arası	2 (3.2)	5 (8.1)	14 (22.6)	3 (4.8)	38 (61.3)	62 (100.0)
26 - 30 Yaş Arası	5 (4.3)	5 (4.3)	19 (16.5)	30 (26.1)	56 (48.8)	115 (100.0)
31 - 35 Yaş Arası	3 (2.3)	8 (6.0)	44 (33.1)	23 (17.3)	55 (41.3)	133 (100.0)
36 - 40 Yaş Arası	9 (10.6)	8 (9.4)	27 (31.8)	14 (16.4)	27 (31.8)	85 (100.0)
41 – 51 Yaş Arası	0 (0.0)	4 (7.3)	17 (30.8)	9 (16.4)	25 (45.5)	55 (100.0)
Toplam	19 (4.1)	30 (6.7)	121 (26.9)	79 (17.6)	201 (44.7)	450 (100.0)

($\chi^2=40.380, p=0.00$)($p<0.05$)

Annenin yaşının çocuğu için evde ilaç bulunsun diye doktora ilaç yazdırma durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). 20-25 yaş arası annelerin %3.2'si, 26-30 yaş arasının %4.3'ü, 36-40 yaş arasının %10.6'sı evde ilaç bulunsun diye her zaman doktora ilaç yazdırmaktadır (Tablo 30).

Çocuklar için toz halinde olan ilaçlarda kullanılan ölçek hakkında bilgi alma durumu annenin yaşı, yaşadığı yer, çalışma durumu ve ailenin sosyal güvencesine göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 31. Annenin eğitim durumunun süspansiyon ilaçlarda kullanılan ölçek hakkında bilgi alma durumuna göre incelenmesi

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
Eğitim Durumu	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Okur-yazar değil	7 (23.3)	12 (40.0)	5 (16.7)	3 (10.0)	3 (10.0)	30 (100.0)
Okur-yazar	5 (22.7)	8 (36.4)	5 (22.7)	2 (9.1)	2 (9.1)	22 (100.0)
İlköğretim	98 (48.0)	60 (29.4)	20 (9.8)	12 (5.9)	14 (6.9)	204 (100.0)
Lise	67 (54.7)	38 (30.9)	9 (7.2)	3 (2.4)	6 (4.8)	123 (100.0)
Üniversite ve Üstü	43 (60.6)	13 (18.4)	10 (14.0)	5 (7.0)	0 (0.0)	71 (100.0)
Toplam	220 (48.8)	131 (29.1)	49 (10.9)	25 (5.6)	25 (5.6)	450 (100.0)

($\chi^2=30.834, p=0.01$)($p<0.05$)

Annenin eğitim durumunun süspansiyon ilaçlarda kullanılan ölçek hakkında bilgi alma durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Okur yazar olanların %22.7'si, üniversite ve üstü mezunların %60.6'sı süspansiyon ilaçlarda kullanılan ölçek hakkında her zaman bilgi almaktadır (Tablo 31).

Bu bilgiyi veren kişiye rahatlıkla anlamadığı yerleri sorabilme annenin yaşadığı yer, eğitim, çalışma durumu, ailenin sosyal güvencesi ve gelirine göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 32. Annenin yaşının ilaçla ilgili bilgi veren kişiye anlamadığı yerleri rahatlıkla sorabilme durumuna göre incelenmesi

Yaş Grubu	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
20 - 25 Yaş Arası	37 (59.6)	12 (19.4)	13 (21.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	62 (100.0)
26 - 30 Yaş Arası	56 (48.8)	35 (30.5)	8 (7.0)	9 (7.6)	7 (6.1)	115 (100.0)
31 - 35 Yaş Arası	82 (61.7)	22 (16.5)	15 (11.3)	10 (7.5)	4 (4.3)	133 (100.0)
36 - 40 Yaş Arası	45 (52.9)	20 (23.6)	13 (15.2)	5 (5.9)	2 (2.4)	85 (100.0)
41 - 51 Yaş Arası	20 (36.4)	26 (47.4)	6 (10.8)	1 (1.8)	2 (3.6)	55 (100.0)
Toplam	240 (53.3)	115 (25.6)	55 (12.2)	25 (5.6)	15 (3.3)	450 (100.0)

($\chi^2=41.289$, $p=0.00$)($p<0.05$)

Annenin yaşının ilaçla ilgili bilgi veren kişiye anlamadığı yerleri rahatlıkla sorabilme durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). 20-25 yaş arası annelerin %21.0'i, 26-30 yaş arası annelerin %7.0'si ilaçla ilgili bilgi veren kişiye anlamadığı yerleri bazen rahatlıkla sorabilmektedir (Tablo 32).

İlacın yan etkisi hakkında bilgi alma durumunun annenin yaşı, yaşadığı yer, eğitim durumu ve ailenin sosyal güvencesine göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 33. Ailenin gelir durumunun ilacın yan etkileri hakkında bilgi alma durumuna göre incelenmesi

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
Gelir Durumu	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Gelir Giderden Az	31 (11.6)	27 (10.1)	57 (21.3)	32 (12.0)	120 (45.0)	267 (100.0)
Gelir Gidere Denk	34 (21.4)	20 (12.6)	17 (10.7)	31 (19.5)	57 (35.8)	159 (100.0)
Gelir Giderden Fazla	8 (33.4)	5 (20.8)	2 (8.3)	3 (12.5)	6 (25.0)	24 (100.0)
Toplam	73 (16.2)	52 (11.5)	76 (16.9)	66 (14.7)	183 (40.7)	450 (100.0)

($\chi^2=28.128, p=0.00$)($p<0.05$)

Ailenin gelir durumunun ilacın yan etkileri hakkında bilgi alma durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Geliri giderden az olanların %11.6'sı, geliri gidere denk olanların %21.4'ü, geliri giderden fazla olanların %33.4'ü ilacın yan etkileri hakkında her zaman bilgi almaktadır (Tablo 33).

Beklenmeyen bir etki yaşadığında prospektüsü yeniden okumanın annenin yaşadığı yer ve ailenin sosyal güvence durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 34. Annenin eğitim durumunun farklı bir etki yaşadığında prospektüsü yeniden okuma durumuna göre incelenmesi

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
Eğitim Durumu	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Okur-yazar değil	11 (36.7)	7 (23.3)	6 (20.0)	0 (0.0)	6 (20.0)	30 (100.0)
Okur-yazar	10 (45.4)	5 (22.7)	3 (13.7)	4 (18.2)	0 (0.0)	22 (100.0)
İlköğretim	128 (62.7)	29 (14.2)	18 (8.8)	8 (3.9)	21 (10.4)	204 (100.0)
Lise	78 (63.7)	25 (20.2)	8 (6.3)	6 (4.9)	6 (4.9)	123 (100.0)
Üniversite ve Üstü	40 (56.4)	20 (28.2)	3 (4.2)	4 (5.6)	4 (5.6)	71 (100.0)
Toplam	267 (59.3)	86 (19.1)	38 (8.4)	22 (5.0)	37 (8.2)	450 (100.0)

($\chi^2=37.898, p=0.00$)($p<0.05$)

Annenin eğitim durumunun farklı bir etki yaşadığında prospektüsü yeniden okuma durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$).

Okur-yazar olmayan annelerin %36.7'si, lise mezunu annelerin %63.7'si farklı bir etki yaşadığında her zaman prospektüsü yeniden okumaktadır (Tablo 34).

Bu ilacı kullanırken şu besinler bol tüketilmeli ya da hiç yenmemeli gibi ilaçla birlikte beslenme konusunda bilgi almanın annenin yaşı, yaşadığı yer ve ailenin sosyal güvence durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 35. Ailenin gelir durumunun ilaçlarla birlikte beslenme konusunda bilgi alabilme durumuna göre incelenmesi

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
Gelir Durumu	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Gelir Giderden Az	37 (13.9)	23 (8.6)	39 (14.6)	28 (10.5)	140 (52.4)	267 (100.0)
Gelir Gidere Denk	25 (15.7)	22 (13.8)	26 (16.4)	38 (23.9)	48 (30.2)	159 (100.0)
Gelir Giderden Fazla	5 (20.8)	6 (25.0)	5 (20.8)	2 (8.4)	6 (25.0)	24 (100.0)
Toplam	67 (14.9)	51 (11.3)	70 (15.6)	68 (15.1)	194 (43.1)	450 (100.0)

($\chi^2=34.063, p=0.00$)($p<0.05$)

Ailenin gelir durumunun ilaçlarla birlikte beslenme konusunda bilgi alabilme durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Geliri giderden az olanların %13.9'u, geliri gidere denk olanların %15.7'si, geliri giderden fazla olanların %20.8'i ilaçlarla birlikte beslenme konusunda her zaman bilgi alabilmektedir (Tablo 35).

İlaç tedavisinin kaç gün süreceği ve ilaçların ne zaman bırakılması gerektiği hakkında bilgi almanın annenin yaşı ve yaşadığı yere göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 36. Annenin eğitim durumunun ilaç tedavisinin süresi hakkında bilgi alabilme durumuna göre incelenmesi

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
Eğitim Durumu	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı (%)
Okur-yazar değil	14 (46.7)	7 (23.3)	6 (20.0)	0 (0.0)	3 (10.0)	30 (100.0)
Okur-yazar	6 (27.4)	1 (4.5)	7 (31.8)	1 (4.5)	7 (31.8)	22 (100.0)
İlköğretim	104 (51.0)	40 (19.6)	21 (10.2)	13 (6.4)	26 (12.8)	204 (100.0)
Lise	64 (52.0)	24 (19.6)	10 (8.1)	12 (9.8)	13 (10.5)	123 (100.0)
Üniversite ve Üstü	24 (33.8)	20 (28.2)	11 (15.5)	11 (15.5)	5 (7.0)	71 (100.0)
Toplam	212 (47.1)	92 (20.4)	55 (12.2)	37 (8.3)	54 (12.0)	450 (100.0)

($\chi^2=39.803, p=0.00$)($p<0.05$)

Annenin eğitim durumunun ilaç tedavisinin süresi hakkında bilgi alabilme durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Okur-yazar olanların %31.8'i, üniversite ve üstü mezunların %7'si ilaç tedavisinin süresi hakkında hiçbir zaman bilgi alamamaktadır (Tablo 36).

Tablo 37. Annenin çalışma durumunun ilaç tedavisinin süresi hakkında bilgi alabilme durumuna göre incelenmesi

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
Çalışma Durumu	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Kamuda Çalışıyor	13 (28.9)	13 (28.9)	6 (13.3)	8 (17.8)	5 (11.1)	45 (100.0)
Özelde Çalışıyor	30 (42.9)	19 (27.1)	13 (18.6)	5 (7.1)	3 (4.3)	70 (100.0)
Çalışmıyor	169 (50.4)	60 (18.0)	36 (10.7)	24 (7.2)	46 (13.7)	335 (100.0)
Toplam	212 (47.1)	92 (20.4)	55 (12.2)	37 (8.3)	54 (12.0)	450 (100.0)

($\chi^2=21.232, p=0.00$)($p<0.05$)

Annenin çalışma durumunun ilaç tedavisinin süresi hakkında bilgi alabilme durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Kamuda çalışanların %28.9'u, çalışmayanların %50.4'ü her zaman bilgi almaktadır (Tablo 37).

Çocuğu nezle, grip, suçiçeği olduğunda aspirin kullanma durumunun annenin yaşadığı yer ve ailenin sosyal güvencesine göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 38. Annenin eğitim durumunun virüs kaynaklı hastalıklarda çocuklarına aspirin kullanma durumuna göre incelenmesi

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
Eğitim Durumu	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Okur-yazar değil	3 (10.0)	0 (0.0)	7 (23.3)	0 (0.0)	20 (66.7)	30 (100.0)
Okur-yazar	2 (9.1)	0 (0.0)	4 (18.2)	1 (4.5)	15 (68.2)	22 (100.0)
İlköğretim	4 (2.0)	7 (3.4)	14 (6.8)	20 (10.0)	159 (77.8)	204 (100.0)
Lise	1 (0.8)	2 (1.6)	9 (7.3)	13 (10.6)	98 (79.7)	123 (100.0)
Üniversite ve Üstü	2 (2.8)	1 (1.4)	2 (2.8)	9 (12.7)	57 (80.3)	71 (100.0)
Toplam	12 (2.6)	10 (2.1)	36 (8.0)	43 (9.6)	349 (77.7)	450 (100.0)

($\chi^2=33.951, p=0.00$)($p<0.05$)

Annenin eğitim durumunun virüs kaynaklı hastalıklarda çocuklarına aspirin kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Okur-yazar olmayanların %66.7'si, üniversite ve üstü mezunların %80.3'ü virüs kaynaklı hastalıklarda çocuklarına hiçbir zaman aspirin kullanmamaktadır (Tablo 38).

Tablo 39. Ailenin gelir durumunun virüs kaynaklı hastalıklarda çocuklarına aspirin kullanma durumuna göre incelenmesi

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
Gelir Durumu	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Gelir Giderden Az	11 (4.1)	7 (2.6)	26 (9.7)	21 (7.9)	202 (75.7)	267 (100.0)
Gelir Gidere Denk	1 (0.6)	3 (1.9)	5 (3.1)	19 (11.9)	131 (82.5)	159 (100.0)
Gelir Giderden Fazla	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (20.8)	3 (12.5)	16 (66.7)	24 (100.0)
Toplam	12 (2.6)	10 (2.1)	36 (8.0)	43 (9.6)	349 (77.7)	450 (100.0)

($\chi^2=19.610, p=0.01$)($p<0.05$)

Ailenin gelir durumunun çocuğu nezle, grip, suçiçeği (virüs kaynaklı hastalıklarda) olduğunda aspirin kullanma durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Geliri giderden az olanların %4.1'i, geliri gidere denk olanların %0.6'sı çocuğu nezle, grip, suçiçeği (virüs kaynaklı hastalıklarda) olduğunda her zaman aspirin kullanmaktadır (Tablo 39).

Doktorun çocuğuna verdiği hapları bölerek kullanmak zorunda kalma durumunun ailenin sosyal güvencesi ve annenin çalışma durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 40. Annenin yaşadığı yerin hapları bölerek kullanma durumunda kalmasına göre incelenmesi

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
Yaşanılan Yer	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Köy	6 (13.0)	3 (6.5)	16 (34.8)	4 (8.7)	17 (37.0)	46 (100.0)
İlçe	11 (7.2)	15 (9.8)	37 (24.2)	12 (7.8)	78 (51.0)	153 (100.0)
Şehir	40 (15.9)	29 (11.6)	41 (16.3)	45 (17.9)	96 (38.3)	251 (100.0)
Toplam	57 (12.8)	47 (10.4)	94 (20.8)	61 (13.6)	191 (42.4)	450 (100.0)

($\chi^2=26.338, p=0.00$)($p<0.05$)

Annenin yaşadığı yerin hapları bölerek kullanma durumunda kalmasına göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Köyde yaşayanların %37'si, ilçede yaşayanların %51'i hapları hiçbir zaman bölerek kullanma durumunda kalmamaktadır (Tablo 40).

Tablo 41. Annenin eğitim durumunun hapları bölerek kullanma durumunda kalmasına göre incelenmesi

	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
Eğitim Durumu	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Okur-yazar değil	6 (20.0)	3 (10.0)	12 (40.0)	3 (10.0)	6 (20.0)	30 (100.0)
Okur-yazar	5 (22.7)	4 (18.2)	3 (13.7)	5 (22.7)	5 (22.7)	22 (100.0)
İlköğretim	32 (15.7)	18 (8.8)	34 (16.7)	23 (11.3)	97 (47.5)	204 (100.0)
Lise	5 (4.1)	15 (12.3)	28 (22.6)	20 (16.4)	55 (44.6)	123 (100.0)
Üniversite ve Üstü	9 (12.6)	7 (9.9)	17 (23.8)	10 (14.1)	28 (39.6)	71 (100.0)
Toplam	57 (12.8)	47 (10.4)	94 (20.8)	61 (13.6)	191 (42.4)	450 (100.0)

($\chi^2=32.149, p=0.01$)($p<0.05$)

Annenin eğitim durumunun hapları bölerek kullanma durumunda kalmasına göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Okur-yazar olmayanların %20'si, ilköğretim mezunlarının %47.5'i hapları hiçbir zaman bölerek kullanma durumunda kalmamaktadır (Tablo 41).

Göz/kulak/burun damlalarının kullanımı hakkında bilgi alma durumunun annenin yaşı, eğitimi ve ailenin sosyal güvence durumuna göre karşılaştırılması sonrası aralarında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$).

Tablo 42. Annenin yaşadığı yerin göz/kulak/burun damlası kullanımı hakkında bilgi alabilme durumuna göre incelenmesi

Yaşanılan Yer	Her Zaman	Sıklıkla	Bazen	Nadiren	Hiçbir Zaman	Toplam
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)
Köy	10 (21.7)	7 (15.2)	8 (17.4)	5 (10.9)	16 (34.8)	46 (100.0)
İlçe	60 (39.3)	27 (17.6)	21 (13.7)	26 (17.0)	19 (12.4)	153 (100.0)
Şehir	102 (40.6)	51 (20.3)	24 (9.6)	18 (7.2)	56 (22.3)	251 (100.0)
Toplam	172 (38.2)	85 (18.9)	53 (11.8)	49 (10.9)	91 (20.2)	450 (100.0)

($\chi^2=25.581, p=0.00$)($p<0.05$)

Annenin yaşadığı yerin göz/kulak/burun damlası kullanımı hakkında bilgi alabilme durumuna göre karşılaştırıldığında aralarında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Köyde yaşayanların %21.7'si, şehirde yaşayanların %40.6'sı göz/kulak/burun damlalarının kullanımı hakkında her zaman bilgi almaktadır (Tablo 42).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, ailenin tanıtıcı özellikleri, sağlıkla ilgili davranışları ve akılcı ilaç kullanımlarının benzer çalışmalarla karşılaştırılması sunulmaktadır.

Annelerin hastaneye en çok başvuru nedeni çocuklarında solunum sistemi hastalıkları (%32.7) şikayetidir (Tablo 1). Türkiye İstatistik Kurumu 2012 sonuçlarına göre çocukların son 6 ay içinde geçirdiği hastalıkların %27.6'sı üst solunum yolu enfeksiyonları (tonsilit, orta kulak iltihabı, farenjit vb), %6.1'i alt solunum yolu enfeksiyonları (zatürre vb) olarak belirlenmiştir (85). TÜİK verileri çalışmayla benzerlik göstermektedir.

Çalışmaya katılan anneler, hastalık durumunda ilk sırada (%40.3) devlet hastanelerini, ikinci sırada (%30.4) ASM'leri tercih etmektedir (Tablo 2). Yaşam Memnuniyeti araştırması (2013) sonuçlarına göre Türkiye genelinde bireylerin hastalandığında ilk başvurduğu sağlık kuruluşu devlet hastaneleri (%50.2), ikinci sırada (%35.5) ASM'ler yer almaktadır (86). Yaşam Memnuniyeti araştırması sonuçlarıyla bulgular benzerdir. Pınar'ın (2010) Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıklarını sorguladığı çalışmasında kişilerin hastalandıklarında ilk başvurdukları yer olarak ASM'ler (%47.6), ikinci olarak devlet hastaneleri (%26.6) olarak belirlenmiştir (84). Rakamsal farklılıklar olmasına karşın ilk başvuru merkezleri benzerdir.

Çalışmada başvuru merkezi ve ailenin sosyal güvencesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0.05$). Sosyal güvencesi olmayanların %63.2'si devlet hastanelerini tercih ederken, Yeşil kartlıların %48.4'ü ASM'leri tercih etmektedir (Tablo 3). Benzer olarak Pınar (2010) çalışmasında ilk başvuru yerini sosyal güvenceyle ilişkili bulmuştur ($p<0.05$)(84).

Annelerin yaklaşık üçte biri (%30.4) hastaneye gelmeden önce çocuğuna evde ilaç kullanmıştı (Tablo 2). Sharif ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında katılımcıların %45'i hastalık halinde evdeki ilaçları kullanmaktadır (87). Özçelikay (2001) çalışmasında katılımcıların %27'sinin herhangi bir hastalık halinde elindeki ilaçlarla kendi kendini tedavi etmeye çalıştığını bulmuştur (88). Uskun ve arkadaşlarının (2004) sağlık ocağına başvuru öncesi ilaç kullanımı çalışmasında araştırmaya katılanların %42.9'u sağlık ocağına başvuru öncesinde ilaç kullanmıştır. Başvuru öncesi en çok ilaç

kullanan yaş grubunun %53.3 ile 0-4 yaş grubu olduğu görülmüştür (10). Bozkaya ve arkadaşlarının (2008) anne babaların çocuklarında uyguladıkları tıp yöntemleri çalışmasında çocuğu hastalandığında ilk önce ne yaptığı sorusuna ailelerin %19.4'ü evdeki ilaçları kullanmayı yeğlediklerini belirtmişlerdir (89). Çalışmada ailenin aylık gelirinin evde ilaç kullanma durumuna etkisi bulunmadı ($p>0.05$). Benzer olarak Bozkaya ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında da aylık gelirin evde ilaç kullanımı üzerine etkisinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$)(89).

Başvuru öncesi ilaç kullananların yarıya yakını (%41.7) solunum sistemi şikayeti nedeniyle hastaneye gelmiştir (Tablo 10). İspanya'da okul öncesi çocuklarda yapılan bir araştırmada, çocuklar akut bir hastalıkla karşı karşıya kaldıklarında, %86.6'sına öncesinde, solunum yollarıyla ilgili belirtileri için hekim önerisi olmadan ilaç verildiği görülmüştür. Benzer olarak evde ilaç kullanımı çoğunlukla solunum sistemi hastalıklarında olmuştur (40).

Annelerin dörtte biri (%26.9) çocuğu için evde ilaç bulunsun diye bazen doktora ilaç yazdırmaktadır (Tablo 16). Evde ilaç bulunsun diye doktora ilaç yazdırmanın sosyal güvence, yerleşim yeri ve eğitim durumuna göre ilişkisi bulunmadı ($p>0.05$). Yılmaz ve arkadaşlarının (2014) bir diş hekimliği fakültesi hastanesine başvuran bireylerin akılcı ilaç kullanımlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada katılımcıların %20.4'nün evde ilaç yedeklediği belirlenmiştir (90). Pınar'ın (2010) çalışmasında katılımcıların %24.8'i evde bulunsun diye doktora ilaç yazdırmaktadır. Pınar'ın (2010) çalışmasında evde bulunsun diye doktora ilaç yazdırmanın sosyal güvence, yerleşim yeri ve eğitim durumuna göre ilişkisi bulunamamıştır ($p>0.05$)(84). Pınar'ın (2010) çalışma bulguları ile benzerdir.

Annelerin %42.9'u kullanılmayan ilaçları çöpe atmakta, %35.6'sı fazla ilacı evde tutmakta ve %17.3'ü hastane, eczane vs vermektedir (Tablo 2). Geliri giderden fazla olan annelerin evde ilaç tutma oranı daha düşük bulundu (Tablo 9, $p<0.05$). Yousif (2002) Sudan'daki çalışmasında, gelecekte kullanmak için doktora başvurmadan kendi başına ilaç alıp saklamayı %32 bulmuştur (91). Ocan ve arkadaşlarının (2014) Kuzey Uganda'da yaptıkları çalışmada katılımcıların %35.1'inin evinde ilaç sakladıkları belirlenmiştir (92). Jassim'in (2010) çalışmasında, katılımcıların %23'ü ilaçlarını gelecekte kullanmak için evde ilaç saklandığını bulmuştur (93). Bir grup kadın üzerinde yapılan çalışmada kadınların %40.8'i evde ilaç biriktirmektedir (94). Yapıcı ve

arkadaşlarının (2011) çalışmasında katılımcıların %37'si evlerinde ilaç bulundurmaktadır (95). Özkan ve arkadaşlarının (2005) üniversite hastanesine başvuran hastaların ilaç kullanım alışkanlıklarını sorguladıkları çalışmada katılımcıların %44.8'i evlerinde şu an kullanmadıkları ilaç bulunduğunu belirtmişlerdir (96). Yılmaz ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında bireylerin %14.1'inin kullanmadığı ilaçları en yakın sağlık kuruluşuna verdiğini bulmuştur (90). İlaçların çöpe atılması ekolojik dengenin bozulmasına neden olabilir. İnsan sağlığı gibi diğer pek çok canlının sağlığı için tehlikeli olabilir. Kullanılmayan ve son kullanma tarihi geçmiş ilaçların uygun şekilde imha edilmesi için gerekli yasal prosedür oluşturulup uygulanmaya konması sağlanmalıdır.

Annelerin yarısı (%50.9) hiçbir zaman doktora danışmadan evde olan ilacı çocuğuna kullanmamaktayken, %49.1'i değişik sıklıklarda kullanmaktadır (Tablo 16). Yılmaz ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında bireylerin %50.7'sinin doktora gitmeden kendi kendine ilaç kullandığı bulunmuştur (90). Saz ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında çocuğu ateşlenen ailelerin %40'ı çevreye danışarak ve kendi deneyimlerine göre antibiyotik başlamaktadır (97). Karakurt ve arkadaşlarının (2010) üniversite öğrencileri üzerine yaptığı çalışmada öğrencilerin %64.1'inin daha önce kullandığı bir ilaç olduğu için ilacı reçetesiz kullandıklarını belirtmişlerdir (98). Baybek ve arkadaşları (2005) çalışmasında bireylerin %61.6'sı kendi başına ilaç kullanırken, %67.8'i aynı şikayete olan bir önceki tedavideki ilacı kullanmaktadır (99). Pınar'ın (2010) Adana ilindeki çalışmasında katılımcıların %51.9'u doktora danışmadan ilaç kullanmaktadır (84). Çalışmada doktora danışmadan ilaç kullanımı ve sosyal güvence arasında ilişki bulunamadı ($p>0.05$). Pınar (2010) çalışmasında da doktora danışmadan ilaç kullanımı ve sosyal güvence arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$)(84). Bulgular benzerdir.

Annelerin yaklaşık dörtte üçünün (%73.1) grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan hiçbir zaman çocuğuna antibiyotik kullanmadığı bulundu (Tablo 16). Oshikoya ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ateşli çocuklarda evde antibiyotik kullanarak tedavi sağlayan ebeveynler %13.5 olarak bulunmuştur (100). Togoobaater ve arkadaşlarının (2010) Moğolistan'daki araştırmasında doktora gitmeden antibiyotik kullananların (%15) doktor tavsiyesine ihtiyaç duymama nedenleri önceki deneyimlerinde doktorların benzer durumlarda aynı antibiyotiği reçete etmiş olması

olarak bulunmuş. Reçetesiz antibiyotik kullanma nedenleri öksürük (%84), ateş (%66), boğazla ilgili semptomlar (%60) olarak bulunmuş. Katılımcıların antibiyotik kullanma eğilimi %27 bulunmuştur. Vietnam'da bu oran %12'dir (101). Jassim (2010) çalışmasında evde saklanan ilaçların %26'sını antibiyotikler oluşturmaktadır. Antibiyotiklerin kendi kendine kullanılma nedenleri grip, üst solunum yolu enfeksiyonu diyare ve tonsillit olarak bulunmuştur (93). Yousif'in (2002) çalışmasına göre, evde ilaç saklayanların %22'sinin evinde antibiyotik bulunmaktadır (91). Ocan ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında antibiyotikler (%40.1) en çok saklanan ilaç grubu olarak bulunmuştur (92). Baybek ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında bireylerin doktora gitmeden kullandıkları ilaçların %16.3'ünü antibiyotikler oluşturmaktadır (99). Saz ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında çocuklarında ateşi ilk tespit ettiklerinde ailelerin %14.4'ü antibiyotik verdiğini belirtmiştir (97). Yılmaz ve arkadaşlarının (2008) Sağlık Yüksekokulu öğrencileriyle yaptığı çalışmada öğrencilerin %14.8'i nezle, grip gibi durumlarda antibiyotik kullanmaktadır (102). Araz (2013) çocuklarda reçetesiz antibiyotik kullanımının çocuk acil polikliniğinde sorguladığı çalışmada geçen yıl içinde en az bir defa antibiyotik kullandığını bildiren annelerin %17.2'sinin bu ilaçları doktor önerisi ve kontrolü olmadan kullandığı saptanmıştır. Annelerin reçetesiz antibiyotik kullanımına yol açan yakınmalar sırasıyla boğaz ağrısı (%61.8), soğuk algınlığı (%61.8), yüksek ateş (%40), kulak iltihabı (%23.6) ve ishal, karın ağrısı (%10.9) olarak belirlenmiştir. Annelerin reçetesiz antibiyotik kullanma sıklığında ise %64.3'ü hiç kullanmadığını belirtmiştir (56). Türkoğlu (2008) çalışmasında annelerin %71.5'i reçetesiz antibiyotik kullanmamaktadır ve %41.3'ü soğuk algınlığı, grip ve nezle antibiyotik almadan iyileşmez diye düşünmektedir. Türkoğlu (2008) çalışmasında annelerin (%15.3) evlerinde yedek antibiyotik bulundurduğunu belirlemiştir (103). Özyiğit ve arkadaşları (2015) çalışmasında katılımcıların %67.8'i antibiyotikleri yalnızca hekim önerdiğinde kullandığını belirtmiştir (104). Bulgular genel olarak benzerdir. Annelerin kendi deneyimlerine güvenerek çocuklarına özellikle viral hastalıklarda antibiyotik başlamaları, çocuklarını evde kendi kendine tedavi etmeye çalışmaları akılcı olmayan ilaç kullanımınıdır. Antibiyotikler sadece uygun endikasyonda, sürede, dozda ve uygun yoldan verilmelidir. Gereksiz kullanımdan kaçınılmalıdır. Viral enfeksiyonlar ve tıp dışında uygun olmayan antibiyotik kullanımı olmamalıdır (105).

Akılcı ilaç kullanımında, hekimin önerdiği sürede ilaç kullanma tedavi için önemli bir gerekliliktir (104). Annelerin yaklaşık üçte biri (%32) doktorun verdiği antibiyotikleri hiçbir zaman bitirmeden bırakmazken, yaklaşık üçte ikisi (%68) değişik sıklıklarda ilaç kullanımını erken bırakmaktadır (Tablo 16). Antibiyotikleri erken bırakmanın yaşla bağlantılı bulunduğu çalışmada yaş arttıkça annelerin kendi deneyimlerine güvendiği düşünülebilir (Tablo 24, $p<0.05$). Türkoğlu'nun (2008) çalışmasında %37.4'ü antibiyotikleri doktorun önerdiği süre kadar kullanmaktadır (103). Baybek ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında bireylerin %65.8'i tedaviyi erken bırakmaktadır (99). Yılmaz ve arkadaşlarının (2013) 0-2 yaş dönem çocuğu olan annelerin ilaç kullanımıyla ilgili çalışmasında ilaç kullanım süresine bakıldığında annelerin %26.4'ü ilaç bitene kadar, %30'u doktorun tavsiye ettiği süre kadar ilaçlarını kullanmaktadır (106). Yılmaz ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında bireylerin %33.1'inin hekimin önerdiği süre kadar ilaçlarını kullanmaya devam ettiği bulunmuştur (90). Pınar'ın (2010) Adana ilindeki çalışmasında katılımcıların %36.5'i antibiyotikleri bitirmeden bırakmaktadır (84). Pınar (2010) çalışmasında erişkin ilaç kullanımını çalıştığından bu fark oluşmuş olabilir. Çalışmada antibiyotikleri bitirmeden bırakma durumu sosyal güvence, eğitim durumu ve yerleşim yeriyle Pınar'ın (2010) çalışmasıyla benzer olarak ilişkisiz bulundu ($p>0.05$) (84). İlaçlar düzenli kullanılmadığında evlerde kullanılmamış ilaçların birikmesi kaçınılmazdır (6).

Annelerin %28.2'si iyileştiği için, %16.4'ü hastalık belirtilerinin kaybolmasından dolayı, %12.7'si fazla ilaç almaması için çocuğuna ilaç içmeyi erken bıraktığını ifade etti (Tablo 2). Annenin çalışma durumunun ilacı bırakma sebebine göre karşılaştırılmasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Kamuda çalışanların %11.1'i, özelde çalışanların %8.6'sı, çalışmayanların %2.1'i çocuğun ilacı içmek istememesi nedeniyle ilaçları erken bırakmaktadır (Tablo 14). Yu ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında katılımcıların yaklaşık %40'ı semptomlar ortadan kalktığında antibiyotikler en kısa sürede kesilmelidir diye düşünmektedir (107). Sharif ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında katılımcıların yaklaşık üçte biri (%32) iyileşmenin ilk bulguları olduğunda antibiyotiklerin kesilmesi gerektiğini düşünüyor (87). Yapıcı ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında katılımcıların %29'u iyileştiği için ilaç kullanımını erken bırakmaktadır (95). İlaç endüstrisi işverenler sendikasının (2009) çalışmasına göre, şikayetin geçtiğine inandığında ilaç kullanımını bıraktığını belirten kişilerin oranı

%27.3'tür (108). Yılmaz ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında annelerin %43.6'sı şikayetler geçene kadar ilaçlarını kullanmaktadır (106). Araz (2013) çocuklarda reçetesiz antibiyotik kullanımının çocuk acil polikliniğinde sorgulandığı çalışmasında annelerin %29.4'ü antibiyotikleri yakınmaları geçince bırakmaktadır (56). Özçelikay (2001) çalışmasında katılımcıların %23.9'u hastalık belirtileri geçtiği zaman ilaç kullanmayı bırakmaktadır (88). Akılcı olmayan ilaç kullanımı olarak ilaçların doktorun önerdiği süreden önce kesilmesi sonucu, beklenen tedavi etkili olmayıp hastalık tekrar edebilecek, evlerde atık ilaç birikimi artıp ileride yine akılcı olmayan ilaç kullanımına neden olacaktır.

Annelerin yaklaşık dörtte biri (%23.1) eczaneden ilaçlarını alırken reçetede yazan ilacın eşdeğerini kullanmayı bazen kabul etmektedir (Tablo 16). Eğitim düzeyine göre üniversite ve üstü mezunların ilacın eşdeğerini kabul etme oranı daha yüksek bulundu (Tablo 17, $p<0.05$). Türkoğlu (2008) çalışmasında annelerin %23'ü ilacın fiyatı kalitesinin göstergesidir, pahalı ilaç iyi ilaçtır düşüncesinde kararsızdır (103). Özyiğit ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında, katılımcıların %27.8'i aynı etkiye sahip ama ucuz olan ilacı tercih ettiklerini belirtmiştir (104). Genel olarak bulgular benzerdir. Eşdeğer ilaç kullanımı, tedavinin daha ucuza mal olmasını sağlayabilecek bir uygulamadır. Ancak bunun etkili ve güvenilir bir uygulama olabilmesi için biyoyararlanım/biyoeşdeğerlik (BY/BE) çalışmalarının çok iyi yapılmış olması, zaman zaman tekrarlanması gerekmektedir (104).

Annelerin yaklaşık beşte biri (%18.9) bazen doktora gitmeden eczaneden ilaç alıp kullanmaktadır (Tablo 16). Yılmaz ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında öğrencilerin %18.7'si ilaçları reçetesiz olarak eczaneden temin etmektedir (102). Baybek ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında bireylerin %28.8'i hekim önerisi olmadan eczacı önerisiyle ilaç kullanmaktadır (99). Türkiye'de antibiyotikler reçete ile satılması gerekirken Pirhan'ın (2005) eczacılarla yaptığı çalışmada, eczacılar çocuk hastalarına %11.7 oranında her zaman reçetesiz antibiyotik vermektedir (65). Bir grup kadın üzerine yapılan çalışmada (2011) kadınların %13.9'unun ilacı eczaneden reçetesiz aldıkları, ilaçları reçetesiz alma nedeni olarak ilk sırada ekonomik sıkıntı (%45) olduğu bulunmuştur (94). Çalışmada doktora gitmeden eczaneden ilaç alıp kullanma sosyal güvencenin varlığına bağlı bulundu (Tablo 18, $p<0.05$). Sosyal güvencesi olmayan annelerin eczaneden reçetesiz ilaç kullanımının daha fazla olması ülkemizdeki sağlık

politikalarından kaynaklanan, devlete ödenen katkı payı, reçete katılım payı, ilaç katılım payı gibi ekstra ücretlerin alınmasından kaynaklanıyor olabilir.

Türkiye’de geleneksel komşuluk ve akrabalık ilişkileri içinde kişilerin birbirlerine ilaç önerdikleri belgelenmiş olmamasına karşın bilinmektedir (109). Çalışmada annelerin %13.1’i nadiren akraba, arkadaş, komşuların tavsiyesiyle çocuğuna ilaç kullanmaktadır (Tablo 16). Togoobaater ve arkadaşlarının (2010) Moğolistan’daki araştırmasında reçetesiz antibiyotik kullananların %8’i arkadaş tavsiyesiyle kullanmaktadır (101). Baybek ve arkadaşları (2005) çalışmasında bireylerin %15.8’i çevre önerisi ile ilaç kullanmaktadır (99). Yapıcı ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında %17’si çevre tavsiyesiyle ilaç kullanmaktadır (95). Özçelikay (2001) çalışmasında %10.7’si aynı hastalık için başkalarının kullandığı ilaçları kullanmaktadır (88). Yılmaz ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında bireylerin tavsiyeyle ilaç kullanımı %16.2’dir (90). Pınar (2010) Adana ilindeki çalışmasında katılımcıların %7’si akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullandığını söylemiştir. Pınar’ın (2010) çalışmasıyla benzer olarak çalışmada akraba/arkadaş/komşu tavsiyesiyle ilaç kullanmanın sosyal güvenceyle ve yerleşim yeriyle ilişkisi olmadığı bulundu ($p>0.05$)(84).

Annelerin %15.1’i akraba, arkadaş ve komşularına nadiren ilaç tavsiye etmekteyken %63.7’si hiçbir zaman tavsiye etmemektedir (Tablo 16). Büyükşehirlerde ilaç tavsiye etme durumu daha fazla bulundu (Tablo 22, $p<0.05$). Bir grup kadın üzerine yapılan çalışmada (2011) kadınların %70.4’ünün kimseye ilaç önermediği bulunmuştur (94). Yılmaz ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında bireylerin tanıdıklarına ilaç tavsiyesinde bulunması %21.8’dir (90). Özkan ve arkadaşlarının (2005) üniversite hastanesine başvuran hastaların ilaç kullanım alışkanlıklarını sorguladıkları çalışmada başkalarına ilaç tavsiye ettiğini belirtenler %22.6 olarak bulunmuştur (96). Özçelikay (2001) çalışmasında katılımcıların %24.5’i kendisine iyi gelen bir ilacı başkasına önerebilmektedir. Çalışmalara genel olarak bakıldığında kişilerin başkalarına ilaç tavsiye etme oranı, başkasının tavsiyesiyle ilaç kullanma oranına göre daha yüksek görülmektedir (88).

Annelerin yarısı (%54.2) kullandığı ilacın ne ilacı olduğu hakkında her zaman bilgi alırken, %5.6’sı hiçbir zaman bilgi alamamaktadır (Tablo 16). Lise mezunu ve üniversite mezunu annelerin bilgi alma oranı daha yüksek bulundu (Tablo 25, $p<0.05$). Benzer olarak Pınar (2010) çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça doktordan bilgi

istemenin arttığını istatistiksel olarak anlamlı bulmuştur ($p<0.05$) (84). Reçeteli ilaç kullanımlarında hekim, eczacı ve hemşirenin aydınlatma yükümlülükleri hastanın ilacı doğru kullanmasını sağlamaktadır (110).

Annelerin kullandıkları ilaç hakkındaki bilgiyi %46.9 hekimden, %32 eczacıdan ve %9.6 hemşireden aldıkları bulundu (Tablo 2). Lise mezunu annelerin %52.9'u doktordan bilgi alırken, %8.1'i hemşireden bilgi almaktadır. Üniversite ve üstü mezunları annelerin %49.3'ü hekimden ilaç hakkında bilgi alırken, %15.6'sı hemşireden bilgi almaktadır. Eğitim düzeyi arttıkça hemşirenin bilgi kaynağı olarak görülmesi durumu oranı da artmıştır (Tablo 15, $p<0.05$). Hong Kong da ortaöğretim öğrencileri arasında yapılan çalışmada öğrenciler ilaç hakkında bilgi kaynağı olarak sırasıyla aile üyeleri, daha önceki hastalık deneyimleri, eczaneler, doktorlar ve hemşireler, televizyon ve radyo, gazete, arkadaşlar ve öğretmenler olarak belirtmiştir (40). Baybek ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında bireyler %67.1 hekimden, %45.2 eczacıdan, %1.4 hemşireden bilgi aldığını belirtmiştir (99). Coşkun'un çalışmasında (2001) hastaların taburcu olurken bilgi aldıkları kişiler %82 doktor, %18 hemşireler olarak bulunmuştur (15). Hemşirelerin bilgi vermesinin düşük oranda olması yoğun çalışma koşullarında çalışmalarını nedeniyle olabilir. Kuzlu ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında annelerin %22.4'ü hemşirelere çocuğunun bakım ve tedavisi hakkında soru sormadığını, %15.3'ü hemşirelerin çok yoğun olduğundan soru sormadıklarını belirtmiştir (14).

Annelerin yarıdan fazlası (%65.4) her zaman prospektüsü okumaktadır (Tablo 16). Benzer olarak Pınar (2010) çalışmasında katılımcıların %66.2'si prospektüsü okuduğunu söylemiştir (84). İlaç endüstrisi işverenler sendikasının (2009) çalışmasına göre, aldığı ilacın prospektüsünü genelde ya da her zaman okuduğunu belirtenlerin oranı %78'dir (108). Yılmaz ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında öğrenciler bilgi kaynağı olarak %67.1 prospektüs okumaktadır (102). Yapıcı ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında katılımcıların %73.3'ü prospektüsü okumaktadır (95). Çalışmada eğitim durumu ve prospektüs okuma arasında anlamlı bir ilişki bulundu (Tablo 26, $p<0.05$). Pınar (2010) çalışmasında da eğitim durumu ve prospektüs okuma arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0.05$) (84). Yapıcı ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında da prospektüs okuma ve eğitim durumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (95). Bulgularımız benzerdir. Hastanın ilaç hakkında tam ve doğru olarak bilgilendirilmediği

durumlarda prospektüs daha da önem kazanmaktadır. Bu nedenle özellikle de reçetesiz satın alınabilecek ilaçlarda prospektüsün daha anlaşılır bir dille yazılmış olması gerekmektedir (110).

Özellikle küçük çocuklara verilecek ilaçların; kompliansı (ilaç uygun alımı) arttırmak için mümkünse doz aralığı uzun ilaçlar olması tercih edilir. Bazı antibiyotiklerin aç karna bazılarının tok karna etkinliği ve biyoyararlanımı daha iyidir. Bazılarının ise etkinliklerinin yemekle değişimi olmaz ama yan etkiler etkilenebildiği için kompliansı arttırmak için yemekle veya aç karna alınması tavsiye edilir (49). İlacı kullanırken çocuğun açlık tokluk durumuna annelerin dörtte üçü (%74.7) her zaman dikkat ederken, %6.2'si bazen dikkat etmektedir (Tablo 16). Çalışmada açlık-tokluk durumuna dikkat etme eğitimi ilişkili (Tablo 27, $p<0.05$), sosyal güvenceyle ilişkisiz bulundu ($p>0.05$). Pınar(2010) çalışmasında da açlık-tokluk durumuna dikkat etme eğitimi ilişkiliyken ($p<0.05$), sosyal güvenceyle ilişkisiz bulmuştur ($p>0.05$). Aynı çalışmada %93.5'i ilacı kullanırken açlık-tokluk durumuna baktığını söylerken, %5.1'i bakmadığını, %1.4'ü ise bazen baktığını söylemiştir (84). Güngörmüş (2010) çalışmasında ilaç kullanırken açlık tokluk ilkesine uyma ile eğitim durumu arasındaki ilişkiyi anlamlı bulmuştur ($p<0.05$). Güngörmüş (2010) çalışmasında bireylerin %10'u ilaçlarını kullanırken açlık tokluk durumuna uymamaktadır (109). Rakamsal benzerlik olmasa da ilacı kullanırken açlık-tokluk durumuna bakmanın yüksek oranda olması benzerdir. Rakamsal sonuçların farklı çıkma nedeni çalışmanın 0-12 yaş çocuklarda yapılması, onların uyku ve eğitim durumlarından dolayı annelerin ilaç dozunu atlamamak adına açlık-tokluk durumunu göz ardı etmesi olabilir.

Çocuklarda farmakokinetik ve farmakodinamik farklılıklardan dolayı çocuklara ilaç uygulamalarında ilaç saatine dikkat etmek önemlidir. Çocuğuna ilacı kullanırken annelerin dörtte üçü (%74.3) saat aralığına her zaman dikkat ederken, annelerin %5.4'ü bazen dikkat etmekte idi (Tablo 16). Eğitim düzeyi arttıkça saat aralığına dikkat etme oranı da yüksek bulundu (Tablo 28, $p<0.05$). Çalışmada saat aralığına dikkat etmenin sosyal güvence ve yerleşim yeriyle ilişkisi bulunmadı ($p>0.05$). Benzer olarak Pınar'ın (2010) Adana ilindeki çalışmasında katılımcıların %76'sı ilacı kullanırken saat aralıklarına dikkat ettiğini, %7.4'ü bazen dikkat ettiğini söylemiştir ve çalışmada saat aralığına dikkat etmenin sosyal güvence ve yerleşim yeriyle ilişkisi bulunamamıştır ($p>0.05$)(84). Yılmaz ve arkadaşlarının (2013) 0-2 yaş çocuğu olan annelerin ilaç

kullanımıyla ilgili çalışmasında annelerin %95.7'sinin ilacı tam saatinde verdikleri, ancak doğruluğunu saptamak için günde 3 kez kullanılacak bir ilacın veriliş saatlerini yazmaları istendiğinde annelerin %67.1'inin ilacı tam saatinde vermedikleri belirlenmiştir (106).

İlaçların son kullanma tarihine annelerin dörtte üçü (%77.3) her zaman bakmaktadır (Tablo 16). Çalışmada annelerin eğitim durumlarıyla son kullanma tarihine dikkat etme arasındaki ilişki anlamlı bulundu (Tablo 29, $p<0.05$). Bulgulara benzer olarak Pınar (2010) ve Yapıcı (2011) çalışmasında bireylerin eğitim durumlarıyla son kullanma tarihine dikkat etme arasında anlamlı ilişki bulmuştur (84,95). Özyiğit ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında, katılımcıların %62.9'u ilacı kullanmadan önce son kullanma tarihine bakmaktadır (104). Özkan ve arkadaşlarının (2005) üniversite hastanesine başvuran hastaların ilaç kullanım alışkanlıklarını sorguladıkları çalışmada katılımcıların %28.3'ü ilaçların son kullanma tarihlerine bakmadığını söylemiştir (96). Bir grup kadın üzerine yapılan çalışmada (2011) kadınların, %66.9'unun son kullanma tarihine dikkat ettikleri saptanmıştır (94). İlaç endüstrisi işverenler sendikasının (2009) çalışmasına göre, ülkemizde her 10 kişiden yaklaşık 8'i evde bulunan ilaçların son kullanma tarihinin geçip geçmediğini genelde ya da her zaman (%84.7) kontrol ettiğini belirtmişlerdir (108). Pınar (2010) Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıklarını sorguladığı çalışmasında katılımcıların %84.1'i ilaçların son kullanma tarihine baktığını söylemiştir (84). Çalışmaya benzer olarak Yapıcı ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında katılımcıların %79.3'ü son kullanma tarihine bakmaktadır (95).

Annelerin %41.4'ü ilaçları evde buzdolabında saklarken, %6.4'ü üzerinde yazan dereceye göre saklamaktadır (Tablo 2). Annelerin buzdolabında sakladığı ilaçların bir kısmının özelliği gereği (örneğin insülin) buzdolabında saklanması gereken ilaçlar olması durumu göz ardı edilmemelidir. Üniversite ve üstü mezunların, ilaçları üzerinde yazan dereceye göre saklama oranı daha yüksek bulundu (Tablo 7, $p<0.05$). Benzer olarak Pınar'ın (2010) çalışmasında katılımcıların %45.1'i ilaçları evde buzdolabında saklarken, %4.7'si üzerinde yazan dereceye göre saklamaktadır (84). Göçgeldil'in (2009) belirttiğine göre Belçika'daki bir çalışmada, evlerde mevcut ilaçların yaklaşık üçte birinin uygunsuz şartlarda korunduğu belirlenmiştir (111).

Annelerin yaklaşık yarısı (%48.8) her zaman süspansiyon ilaçlarda kullanılan ölçek (yemek kaşığı/tatlı kaşığı vb) hakkında bilgi alırken, %5.6'sı hiçbir zaman bilgi

almamaktadır (Tablo 16). Annelerin eğitimi durumu yükseldikçe ölçek hakkında bilgi alma oranı artmaktadır (Tablo 31, $p<0.05$). Pirhan'ın eczacılarla yaptığı çalışmada, eczacılar (%42.7) süspansiyon formlarda kullanılan ölçeğin kullanımı hakkında anne babayı çoğu zaman bilgilendirmektedir (65). Kaya ve arkadaşlarının (2011) 0-12 yaş çocuğu olan annelerin ağızdan verilen toz halindeki antibiyotikleri hazırlamalarıyla ilgili olan çalışmasında annelerin reçete edilmiş antibiyotiklerin %72.7'sinin içinde işaretli ölçek, %3'ünde şırınga, %24.2'sinde de hem ölçek hem de şırınga mevcut olmasına rağmen annelerin %12.2'si evdeki çay/tatlı/çorba kaşıklarını kullanacaklarını ifade etmiştir. Evdeki kaşığı kullanacak olan annelerin yarısı kaşıkla verilmesini doktorunun söylediğini belirtmiştir. Annelerin %27.3'ü antibiyotik süspansiyonunu reçetelenen dozdan 1 ml'den daha az ölçerek hazırlarken; %2'si de 1 ml'den daha fazla ölçerek hazırlamıştır (83). Ölçeğin kullanımı, çocuğa verilecek etken madde miktarını yanıltacağından ve hekimin öngördüğü tedavi süresini kısaltıp veya uzatacağından dolayı çok önemlidir. Özellikle çay kaşığı ve yemek kaşığı ölçülerinin karıştırılması ve dozlama talimatlarının veya çizelgelerinin yanlış okunmasından dolayı ilacın kullanımının yanlış yorumlanması olabilmektedir (65). Walsh'ın belirttiğine göre Li ve arkadaşları (2000) acil serviste yaptıkları çalışmada ebeveynlerin %51'inin çocuklarına asetaminofen dozlarını hatalı verdiğini bulmuş, McMahon ve arkadaşlarının likit antibiyotik reçetelenen çocuklarda yaptığı çalışmada, ebeveynlere üç farklı eğitim verilmiş ve sözel bilgi verilenlerin %37'si, sözel bilgi ve işaretlenmiş şırınga verilenlerin %83'ü, sözel bilgi, işaretlenmiş şırınga ve uygulamalı doz ayarlama gösterilenlerin %100'ü ilacı doğru dozda ölçebilmiştir (112). İlaç firmalarının ilaç kutularının içine sadece şırınga yerleştirmeleri ve sağlık çalışanlarının ölçek hakkında doğru bilgilendirmesi yanlış dozda ilaç verilmesini engelleyebilir.

Annelerin yarıdan azına (%40.7) ilaçların yan etkileri hakkında hiçbir zaman bilgi verilmediği bulundu (Tablo 16). Bulgulara benzer olarak Sağlık Bakanlığı'nın hekimlerin akılcı ilaç kullanımına bakışını araştırdığı çalışmada aile hekimlerinin %51.6'sı, uzman hekimlerin %50.5'i ilacın olası yan etkilerini sıklıkla hastalarına anlattıklarını beyan etmiştir (113).

Anneler ilacı zamanında vermeyi unuttuklarında %55.8 diğer öğünde tek doz, %39.7 aklına gelir gelmez, %4.5 diğer öğünde çift doz olarak vermektedir (Tablo 2). Yılmaz ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında çocuğunuzun ilaç dozunu atladığımız

durumlar oldu mu sorusuna annelerin %29.3'ü evet, %35'i bazen cevabını vermiştir. İlacı unutma durumunda ise %32.1'inin o dozu atlayıp bir sonraki saatinde aynı dozu verdiği, %27.1'inin aklına geldiği anda verdiği, %5'inin o dozu atlayıp sonraki saatine fazla doz verdiği belirlenmiştir (106). Çocuklarda ilaç doz hesabının çok önemli olmasından dolayı, diğer öğünde çift doz ya da fazla doz ilaç verilmesi çocuk sağlığını tehlikeye atabileceğinden sağlık çalışanlarının anneleri bu konuda bilgilendirmesi gerekmektedir.

İlaç-besin etkileşimleri açısından, ilaçlar yemek saatleri göz önünde bulundurularak ayarlanmalıdır (70). İlaçları kullanırken besinlerle ilgili ilaç beslenme etkileşimi hakkında annelerin %43.1'inin hiçbir zaman bilgi almadığı bulundu (Tablo 16). Sağlık Bakanlığı'nın hekimlerin akılcı ilaç kullanımına bakışını araştırdığı çalışmada aile hekimlerinin %51'i, uzman hekimlerin %45.5'i diğer ilaçlarla/besinlerle etkileşimini sıklıkla hastalarına anlattıklarını beyan etti (113). Bulgular Sağlık Bakanlığının bulgularıyla benzerdir. Besin ilaç etkileşimleri; ilacın biyoyararlılığının azalmasına bağlı olarak tedavinin etkinliğinin azalması, ilacın biyoyararlılığının artmasına bağlı olarak yan etki riski veya toksisite gibi etkilerle sonuçlanmaktadır. Bireylerin besin-ilaç etkileşimi konusunda bilinçlendirilmesi için sağlık çalışanları arasında işbirliğinin sağlanması, klinik rehberlerin oluşturulması ve bireylerin ilaç kullanımı sırasında ilaçlarla etkileştiği bilinen besin maddelerinin tüketilmemesi önemlidir (114).

İlaç tedavisinin kaç gün süreceği ve ilaçların ne zaman bırakılması gerektiği hakkında annelerin yaklaşık yarısına (%47.1) her zaman bilgi verilirken, %20.4'üne sıklıkla bilgi verildiği bulundu (Tablo 16). Annenin ilaç tedavisinin süresi hakkında bilgi alabilmesinin, eğitim ve çalışma durumuna göre karşılaştırılmasında eğitim düzeyi yüksek olan (Tablo 36, $p<0.05$) ve/veya çalışmayan annelerin (Tablo 37, $p<0.05$) daha fazla bilgi aldığı bulundu. Yu ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında katılımcıların üçte biri hekimden bilgi alamadığını belirtmiştir (107). Özkan ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında katılımcıların %30'u tedavi süresi hakkında bilgi almak istediklerini belirtmiştir (96). Göçgeldil ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında katılımcıların %52.5'i reçetenin yeterince tarif edilmediğini belirtmiştir (111). Sağlık Bakanlığı'nın (2011) çalışmasında hekimlerin reçetelere yazdıkları ilaçlarla ilgili hastalarına verdikleri bilgiler sorgulandığında, aile hekimlerinin %56.7'si, uzman hekimlerin %64.6'sı tedavi

süresini her zaman anlattıklarını beyan etmiştir. Aile hekimlerinin %53.5'i, uzman hekimlerin %43'ü ilacın ne zaman bırakılması gerektiğini sıklıkla anlattıklarını beyan etmiştir (113).

Çocuğu nezle, grip, suçiçeği (virüs kaynaklı hastalıklarda) olduğunda her zaman aspirin kullanan anne %2.6'dır (Tablo 16). Virüs kaynaklı hastalıklarda aspirin kullanımının tehlikeli olduğunu bilen annelerin %2.3'ü aspirini her zaman kullanmaktadır (Tablo 12). Yapıcı ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında katılımcıların %80.3'ü her evde mutlaka olması gereken ilaçlar olduğunu belirtip, %4.1'i aspirinin her evde olması gerektiğini belirtmiştir (95). Celasin ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında anneler, çocukları ateşlendiklerinde antipiretik ilaç olarak %2.5 aspirin kullanmaktadır (115). Eğitim durumu arttıkça aspirin kullanma oranının azaldığı bulundu (Tablo 38, $p<0.05$). Ayrıca aspirinin ucuz olması ve bakkallarda dahi satılıyor olmasının buna neden olduğu düşünülebilir.

Doktorun çocuğuna verdiği hapları her zaman bölerek (ikiye, dörde bölme gibi) kullanmak zorunda kalan anneler %12.8, sıklıkla bölen anneler %10.4 bulundu (Tablo 16). Yılmaz ve arkadaşlarının (2013) 0-2 yaş dönem çocuğu olan annelerin ilaç kullanımıyla ilgili çalışmasında büyüklerin ilaçlarını küçük dozlar halinde çocuğuna verme durumu sorgulandığında annelerin %10.7'si bazen hapları bölmek durumunda kalmıştır (106). Pirhan'ın eczacılarla yaptığı çalışmada, eczacılar çocuk hastalarına %24'ü nadiren, %4.8'i bazen ilaçların tablet formlarını bölme gibi önerilerde bulunmaktadır. Bu oranlar, kırılma dolayısıyla meydana gelebilecek ufalanma, etken maddenin homojen bölünmemesi, yutma ve toksite açısından meydana gelebilecek olumsuzluklar yönünden önemlidir (65).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Bu çalışmada;

- Annelerin hastalık durumunda ilk başvurdukları merkez devlet hastaneleridir.
- Annelerin yarıdan fazlası kuru toz halindeki ilaçların süspansiyon haline getirilmesini bildiğini ifade etti. Süspansiyon halindeki ilacı hazırlama bilgim var diyen annelerin sadece %46'sı hazırlamayı doğru olarak anlatabildi.
- Annelerin %41.4'ü ilaçları evde buzdolabında saklamaktadır.
- Annelerin %42.9'u kullanmadığı ilacı evde bulundurmayıp çöpe atmaktadır.
- Annelerin %30.4'ü hastaneye başvurmadan önce evde çocuğuna ilaç vermektedir.
- Annelerin yarısı hiçbir zaman doktora danışmadan evde olan ilacı çocuğuna vermemektedir.
- Annelerin yaklaşık dörtte üçü grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan çocuğuna hiçbir zaman antibiyotik vermemektedir.
- Annelerin %68.2'si doktorun verdiği antibiyotikleri değişik sıklıklarda erken bırakmaktadır.
- Annelerin %65.4'ü her zaman prospektüsü okumaktadır.
- Annelerin %74.7'si ilacı kullanırken çocuğun açlık tokluk durumuna her zaman dikkat etmektedir,
- Annelerin %74.3'ü ilacı kullanırken saat aralığına her zaman dikkat etmektedir.
- Annelerin %48.8'i her zaman süspansiyon ilaçlarda kullanılan ölçek hakkında bilgi almaktadır.
- Annelerin yalnızca %38.7'si virüs kaynaklı hastalıklarda aspirin kullanılmasının tehlikeli olduğunu bilmektedir.
- Anneler ilacı zamanında vermeyi unuttuklarında %55.8 diğer öğünde tek doz, %39.7 aklına gelir gelmez, %4.5 diğer öğünde çift doz olarak vermektedir.

6.2. Öneriler

- Halkın akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgi düzeyini arttırmak için, medya aracılığıyla görsel videoların kullanılması, hastanelerde hastalara yazılı broşürlerin dağıtılması ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi,
- Halk sağlığı çalışanlarının (doktor, hemşire ve ebelerin) düzenli periyotlarla halka eğitimler düzenlemesi,
- Sağlık çalışanlarına akılcı ilaç kullanımı hakkında düzenli hizmet içi eğitimler verilmesi,
- Özellikle pediatri hemşirelerinin ilaçların farmakolojik özellikleri hakkında detaylı bilgi sahibi olması ve bilgilerini sürekli güncelleyerek ailelere ihtiyaç duydukları konularda eğitim vermesi,
- Kullanılmayan ve son kullanma tarihi geçmiş ilaçların uygun şekilde imha edilmesi için gerekli yasal prosedür oluşturulup uygulanmaya konmasının sağlanması söylenebilir.

KAYNAKLAR

1. **Uzel N.** Çocuklarda İlaç Tedavisi İlkeleri. Erişim:(<http://www.ekutuphane.teb.org.tr/pdf/eczaciodasiyayinlari/hamilecocuk/6.pdf>) Erişim tarihi: 13.01.2015
2. **Pala Z, Baktır G.** Çocuklarda İlaç Kullanımı. Erişim:http://eski.teb.org.tr/images/upld2/ecza_akademi/makale/20110113033750cocuklarda_ilac_kullanimi.pdf Erişim tarihi: 26.02.2015
3. **Tayman C, Allegaert K.** Gelişimsel Farmakoloji: Çocuklar Küçük Erişkinler Değildir. *Yeni Tıp Dergisi*, **2009**; 26:198-204.
4. **Çetinkaya Ş.** Administration and Dose of the Most Frequently Used Drugs. Özdemir Ö. ed. *Complementary Pediatrics*. ISBN 978-953-51-0155-0, InTech, **2012**; 289-342.
5. **Çetinkaya Ş, Tengir T.** Pediatri Hemşireliğinde İlaç Yönetimi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*,**2006**; (9)1:86-97.
6. **Gökalp O, Mollaoğlu H.** Uygunsuz İlaç Kullanımı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,**2003**; 10(2):17-20.
7. **Sever L.** Çocuklarda İlaç Kullanımı. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Akılcı İlaç Kullanımı Sempozyumu*, İstanbul, **1999**; 77-85.
8. **Özkan S, Kocaman G, Öztürk C.** Çocuklarda İlaç Uygulama Hatalarının Önlenmesine Yönelik Yöntemlerin Etkinliği. *Türk Ped Arş*,**2013**; 48:299-302.
9. World Health Organization. Medicines: medicines for children. Erişim: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs341/en/index.html> Erişim tarihi: 03.09.2014
10. **Uskun E, Uskun BS, Öztürk M, Kışioğlu NA.** Sağlık Ocağına Başvuru Öncesi İlaç Kullanımı. *Sted*, **2004**; 13(12):451-454.
11. **Baytemür M.** Akılcı Antibiyotik Kullanımında Birinci Basamakta Sorunlar. *Ankem Dergisi*,**2005**; 19(Ek 2):182-184.
12. **Akıcı A, Ulupınar S.** *Hemşire ve Diğer Sağlık Çalışanları İçin Akılcı İlaç Kullanımı*. Akıcı A. ed. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Ankara: SGK Yayın No: 104, **2013**.
13. **Betancur PCL.** Nursing and PublicHealth in Developing Countries. Rodriguez-Morales AJ. ed. *Current Topics in Public Health*. Croatia: InTech, **2013**:201-223.
14. **Kuzlu AT, Kalıncı N, Topan KA.** Üniversite Hastanesinde Çocuklara Verilen Bakımın Aile Merkezli Bakım Yönünden İncelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2011**; 6(16):1-17.
15. **Coşkun H, Akbayrak N.** Hastaların Kliniklere Kabul ve Taburculuklarında Hemşirelik Yaklaşımlarının Belirlenmesi. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2001**; 5(2):63-68.
16. **Akhtar MS, Vohora D, Pillai KK, Dubey K, Roy MS, Najmi AK, Khanam R.** Drug Prescribing Practices in Pediatric Department of A North Indian University Teaching Hospital. *Asian J PharmClinRes*, **2012**; 5(1):146-149.
17. **Glasper A, McEwing G, Richardson J.** Oxford Handbook Of Children's & Young People's Nursing. New York: Oxford University Press, **2007**: 824.

18. **Eroğlu L.** Pediyatrik Farmakoloji. Neyzi O, Ertuğrul T. ed. *Pediyatri* 2. 4. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2010**: 1975-1982.
19. **Katzung BG.** Basic Principles. Katzung BG. ed. *Basic & Clinical Pharmacology*. 12th. Ed., United States of America: The McGraw-Hill Companies, **2012**: 1-13.
20. General Clinical Pharmacology Considerations for Pediatric Studies for Drugs and Biological Products, Guidance for Industry. U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration Center for Drug Evaluation and Research (CDER). Clinical Pharmacology. December 2014:4.
Erişim: <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/GuidanceComplianceRegulatoryInformation/Guidances/UCM425885.pdf> Erişim tarihi: 27.01.2015
21. **Akkan G.** Farmakokinetik ve Akılcı İlaç Kullanımı. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Akılcı İlaç Sepozyumu*, İstanbul, **1999**; 21-43.
22. **Canođlu E, Güngör C, Bozkurt A.** Çocuk Diş Hekimliğinde İlaç Kullanımı. *Hacettepe Diş Hekimliği Fakóltesi Dergisi*, **2009**; 33(2):30-44.
23. **Çavuşoğlu H.** *Çocuk Sağlığı Hemşireliği 1-2*. 11. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbacılık, **2013**.
24. **Ritter JM, Lewis LD, Mant TKG, Ferro A.** *A Textbook of Clinical Pharmacology and Therapeutics*. 5th. ed., Great Britain: Hodder Arnold, **2008**.
25. **Kayaalp SO.** *Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji*. 10. Baskı, Ankara: Hacettepe Taş Yayınları, **2002**.
26. **Fernandez E, Perez R, Hernandez A, Tejada P, Arteta M, Ramos JT.** Factors and Mechanisms for Pharmacokinetic Differences Between Pediatric Population and Adults. *Pharmaceutics*, **2011**; 3(1):53-72.
27. **Dökmeci İ.** *Sağlık Yüksekokulları İçin Farmakoloji Kısaltılmış Temel Bilgiler*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, **2011**.
28. World Health Organization. Promoting Safety of Medicines For Children. France, 2007:14. Erişim: http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/Promotion_safe_med_childrens.pdf Erişim tarihi: 25.02.2015
29. **Uzel N.** İlaç Tedavisi. Neyzi O, Ertuğrul T. ed. *Pediyatri* 2. 4. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2010**: 1985.
30. **Akıcı A, Yıldırım İA, Babaoğlu M ve ark.** *Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzu TİK-6 2011-12 Formülleri*. Kayaalp O. ed. Ankara: Pelikan Tıp ve Teknik Kitapçılık, **2011**.
31. **Hatfield A.** Pharmacology. *The Complete Recovery Room Book*. 5th. ed., United Kingdom: Oxford University Press, **2014**: 177.
32. **Banjoko B.** Environmental Pharmacology—An Overview. **Gowder SJT.** ed. *Pharmacology and Therapeutics*. Croatia: InTech, **2014**: 133-178.
33. **Yewale VN, Dharmapalan D.** Promoting Appropriate Use of Drugs in Children. *International Journal of Pediatrics*, **2012**; 1-5.
34. **Oshikoya KA, Senbanjo IO.** Providing Safe Medicines for Children in Nigeria: The impediments and remedies. *Annals of African Medicine*, **2010**; 9(4):203-212.
35. **Sapan N, Aktaş B.** Çocuklarda İlaç Alerjileri. *Türk Ped Arş*, **2012**; 47:84-89.

36. **Pandolfini C, Bonati MA.** Literature Review on Off-Label Drug Use in Children. *Eur J Pediatr*, **2005**; 164:552-558.
37. **Özer EA.** Çocukluk Çağında Ruhsat Dışı (Off-Label) İlaç Kullanımı. *Türk Farmakoloji Derneği Klinik Farmakoloji Çalışma Grubu E-Bülteni*, **2011**; 51:1-5.
38. **Akıcı A, Kalaça S.** *Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı*. Akıcı A. ed. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Ankara: SGK yayın no:93, **2013**.
39. **Pınar N.** Ülkemizde İlaç harcamaları. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2012**; 19(1):59-65.
40. **Afolabi AO.** Self Medication, Drug Dependency and Self-Managed HealthCare – A Review. Maddock J. ed. *Public Health-Social and Behavioral Health*. Croatia: InTech, **2012**: 223-242.
41. **Acar A, Yeğenoğlu S.** Akılcı İlaç Kullanımı Penceresinden Farmakoekonomi ve Hastane Formüllerleri. *Ankara Ecz. Fak. Derg*, **2005**; 34(3):207-218.
42. **Çelik SB, Can H.** Birinci Basamakta Akılcı İlaç Kullanımı. *Smyrna Tıp Dergisi*, **2012**;1:79-81.
43. **Erol H, Özdemir A.** Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, **2014**; 4(1):9-34.
44. **Lakshmi C.** Role of Clinical Pharmacist in Rational Therapy of Pediatric Seizures. *International Current Pharmaceutical Journal*, **2012**; 1(10):328-331.
45. **İskit AB.** Akılcı İlaç Kullanımı. *Sted*, **2006**; 15(7):4-5.
46. **Aydın B, Gelal A.** Akılcı İlaç Kullanımı: Yaygınlaştırılması ve Tıp Eğitiminin Rolü. *DeüTıp Fakültesi Dergisi*, **2012**; 26(1):57-63.
47. **Kadioğlu M, Yarış F, Yarış E, Kalyoncu İN.** Birinci Basamakta Sık Karşılaşılan Enfeksiyonlara Akılcı Tedavi Yaklaşımı. *Sted*, **2003**; 12(1):23-25.
48. **Çetinkaya Ş, Karataş Y, Antmen AB, Alhan E.** Knowledge and Behavior Of The Pediatricians on Rational Use of Antibiotics. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*, **2010**; 4(11):783-792.
49. **Hacımustafaoğlu M.** Antibiyotiklerin Farmakolojik Özelliklerinin Akılcı Antibiyotik Kullanımındaki Önemi. *Güncel Pediatri*, **2004**; 2:15-20.
50. **Murray JS, Amin PM.** Overprescribing Antibiotics in Children: An enduring public health concern. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, **2014**; 19(3):266-269.
51. **Serçe Ö, Bakır M.** Poliklinik Başvurularında Fizik Muayene Süresini Uzun Tutmak Antibiyotik Reçete Edilmesini Azaltıyor. *Güncel Pediatri*, **2013**; 11:45-50.
52. **Kronman MP, Zhou C, Smith RM.** Bacterial Prevalence and Antimicrobial Prescribing Trends for Acute Respiratory Tract Infections. *Pediatrics*, **2014**; 134(4): 956-965.
53. **Price C.** Antibiotic Prescribing 'Increased by 40% in a Decade'. http://www.pulsetoday.co.uk/clinical/prescribing/antibiotic-prescribing-increased-by-40-in-a-decade/20007471.article#.VOI-cC58v_s Erişim tarihi: 16.02.2015
54. **Gaur AH, English BK.** The Judicious Use of Antibiotics–An Investment Towards Optimized HealthCare. *Indian Journal of Pediatrics*, **2006**; 73(4):343-350.
55. **Araz NÇ, Aydın N.** Çocuklarda Antibiyotik Kullanım Sıklığı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2012**; 1(2):96-106.

56. **Araz NÇ.** Çocuklarda Reçetesiz Antibiyotik Kullanımının Çocuk Acil Polikliniğinde Sorgulanması. *Türkiye Klinikleri J MedSci*, **2013**; 33(4):923-928.
57. **Yılmaz R, Karaaslan E, Özçetin M, Arslan B, Kılınç M, Kazancı NÖ.** Çocuklarda İdrar Yolları Enfeksiyonu Etkenleri ve Antibiyotik Duyarlılıkları. *Çağdaş Tıp Dergisi*, **2012**; 2(1):17-21.
58. **Akil İ, Polat M ve Coşkun Ş.** Çocuklarda Romatolojik Hastalıklardaki İlaç Tedavisinin Böbrek Fonksiyonlarına Etkisi. *Nefroloji Dergisi*, **2004**; 13(2):57-63.
59. **Tunaoğlu S.** Aspirin ve Çocukluk Çağı Romatizmal Hastalıklarında Kullanımı. *Klinik Pediatri*, **2002**; 1(1):26-34.
60. **Cranswick N, McGillivray G.** Over-the-Counter Medication in Children: friend or foe?. *Australian Prescriber*, **2001**; 24(6):149-151.
61. **Turgut NH, Söylemezoğlu T.** Aspirinin Hepatotoksik Etkisi ve Reye Sendromu. *Cumhuriyet Tıp Derg.*, **2011**; 33:125-132.
62. **Oktay Ş.** Akılcı İlaç Kullanımının Genel İlkeleri. *Türk Geriatri Dergisi*, **2006**; özel sayı: 15-18.
63. **Gülhan R.** Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, **2013**; 29(Ek 2):99-105.
64. **Eşkazan E.** Akılcı İlaç Kullanımı. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimleri Etkinlikleri, Akılcı İlaç Kullanımı Sempozyum Dizisi*, Yayın no:11. **1999**; 9-20.
65. **Pirhan R, Özçelikay G.** Pediatrik İlaçların Kullanımında Eczacının Rolü. *Ankara Ecz. Fak. Derg.*, **2005**; 34(2):95-105.
66. **Tunçtan B.** Akılcı İlaç Kullanımında Eczacının Rolü. Erişim: http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/eczaciodasiyayinlari/galenova_1_1/6.pdf Erişim tarihi: 18.02.2015
67. **Akça SÖ, Gözen D.** Çocuk Hemşiresinin Savunucu Rolü. *F.N. Hem. Derg.*, **2013**; 21(3):213-218.
68. Sağlık Bakanlığı Akılcı İlaç Kullanım Talimatı. <http://gaziantepecocuk.gov.tr/upload/dosyalar/130189699330161081.pdf> Erişim tarihi: 04.03.2015
69. **Khan AN, Khan MU, Shoaib MH, Yousuf RI, Mir SA.** Practice Nurses and Pharmacists: A Perspective on the Expectation and Experience of Nurses for Future Collaboration. *Oman Medical Journal*, **2014**; 29(4):271-275.
70. **Özer E, Özdemir L.** Yaşlı Bireyde Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **2009**; 42-51.
71. **Aygin D, Cengiz H.** İlaç Uygulama Hataları ve Hemşirenin Sorumluluğu. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, **2011**; 45(3):110-114.
72. **Törüner E, Büyükgöncü L.** *Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları*. Ankara: Göktuğ Yayıncılık, **2012**.
73. **Çırpı F, Merih YD, Kocabey MY.** Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Görüşlerinin Belirlenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, **2009**; 2(3):26-34.
74. **Törüner EK, Erdemir F.** Pediatrik Hastalarda İlaç Uygulama Hatalarının Önlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, **2010**; 63-71.
75. **McLeod M, Ahmed Z, Barber N, Franklin BD.** A National Survey of Inpatient Medication Systems in English NHS Hospitals. *BMC Health Services Research*, **2014**; 14(93):1-11.

76. **Törüner EK, Uysal G.** Causes, Reporting and Prevention of Medication Errors From a Pediatric Nurse Perspective. *The Australian Journal of Advanced Nursing*, **2012**; 29(4):28-35.
77. **Shahrokhi A, Ebrahimpour F, Ghodousi A.** Factors Effective on Medication Errors: A nursing view. *Journal of Research in Pharmacy Practice*, **2013**; 2(1):18-23.
78. **Aykanat B, Gözen D.** Çocuk Sağlığı Hemşireliğinde Aile Merkezli Bakım Yaklaşımı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2014**; 3(1):683-695.
79. **Yüzer S, Alıcı D, Yiğit R.** Pediatri Hemşirelerinin Roller ve Fonksiyonları Ölçeğinin Uygulanmasının Geliştirilmesi: Güvenirliği ve Geçerliliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2008**; 11(4):19-29.
80. **Ertem ÜT, Ay FA.** Hasta Kabulü, Taburculuk ve Yatak Yapımı. Ay FA. ed. *Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar*. 2. Baskı, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, **2008**: 133-134.
81. **Alcan Z, Aksoy A, Civil B, Tekin DE, Ekim R, Civil SÖ, Doğar T, Çakar V.** *Hemşirelik Hizmetleri Işığında Hastane Süreçleri*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, **2011**.
82. **Koren G.** Special Aspects of Perinatal & Pediatric Pharmacology. Katzung BG. ed. *Basic & Clinical Pharmacology*. 12th. Ed., United States of America: The McGraw-Hill Companies, **2012**: 1039-1049.
83. **Kaya ÇA, Çağatay S, Özlük Ö ve ark.** 0-12 Yaş Çocuğu Olan Annelerin Ağızdan Verilen Toz Halindeki Antibiyotikleri Hazırlama ve Ölçme Yeterliliği. *Marmara Medical Journal*, **2011**; 24(2):114-118.
84. **Pınar N.** *Adana İlindeki İnsanların İlaç Kullanım Alışkanlıkları*. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, Adana, **2010**.
85. Türkiye İstatistik Kurumu, *İstatistiklerle Çocuk 2014*, Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, **2015**; 4372:54.
86. Türkiye İstatistik Kurumu Basın Odası Haberleri. 6 Mayıs 2014/27. http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2014_27_20140506.pdf Erişim Tarihi: 08.07.2015
87. **Sharif SI, Abdulkarem AR, Bustami HA, Haddad LI, Khalil DS.** Trends of Home Drug Storage and Use in Different Regions Across the Northern United Arab Emirates. *Med Princ Pract*, **2010**; 19:355-358.
88. **Özcelikay G.** Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Bir Pilot Çalışma. *Ankara Ecz. Fak. Der.*, **2001**; 30(2):9-18.
89. **Bozkaya ÖG, Akgün İ, Birgi E, Çinkoğlu A, Gög K, Karadeniz D.** Anne Babaların Çocuklarında Uyguladıkları Alternatif Tıp Yöntemleri. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, **2008**; 22(3):129-135.
90. **Yılmaz M, Kırbıyıköglü Fİ, Ariç Z, Kurşun B.** Bir Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi'ne Başvuran Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımlarının Belirlenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2014**; 2(1):39-47.
91. **Yousif MA.** In-Home Drug Storage and Utilization Habits: a Sudanese Study. *Eastern Mediterranean Health Journal*, **2002**; 8(2/3):422-431.
92. **Ocan M, Bbosa GS, Waako P, Okeng JO, Obua C.** Factors Predicting Home Storage of Medicines in Northern Uganda. *BMC Public Health*, **2014**; 14(650):1-7. doi:10.1186/1471-2458-14-650.

93. **Jassim AM.** In-Home Drug Storage and Self-medication with Antimicrobial Drugs in Basrah, Iraq. *Oman Med J.*, **2010**; 25(2):79–87.
94. **Yılmaz M, Güler N, Güler G, Kocataş S.** Bir Grup Kadının İlaç Kullanımı ile İlgili Bazı Davranışları: Akılcı mı?. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, **2011**; 33:266-277.
95. **Yapıcı G, Balıkçı S, Uğur Ö.** Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların İlaç Kullanımı Konusundaki Tutum ve Davranışları. *Dicle Tıp Dergisi*, **2011**; 38(4):458-465.
96. **Özkan S, Özbay OD, Aksakal FN, İlhan MN, Aycan S.** Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Hasta Olduklarındaki Tutumları ve İlaç Kullanım Alışkanlıkları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2005**; 4(5):223-237.
97. **Saz EU, Koturoğlu G, Duyu M, Ozananar Y, Kurugöl Z, Sever M.** Türk Ailelerinin Ateş Yönetimi ile İlgili Bilinç Düzeyi ve Korkuları. *Çocuk Enf Derg.*, **2009**; 3:161-164.
98. **Karakurt P, Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Sağlam R.** Üniversite Öğrencilerinde İlaç Kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2010**; 9(5):505-512.
99. **Baybek H, Bulut D, Çakır A.** Muğla Üniversitesi İdari Personelinin İlaç Kullanma Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (İLKE)*, **2005**; 15:53-67.
100. **Oshikoya KA, Senbanjo IO.** Fever in Children: Mothers' Perceptions and Their Home Management. *Iran J Pediatr*, **2008**; 18(3):229-236.
101. **Togoobaatar G, Ikeda N, Ali M, Sonomjamts M, Dashdemberel S, Moria R, Shibuya K.** Survey of Non-Prescribed Use of Antibiotics for Children in an Urban Community in Mongolia. *Bull World Health Organ*, **2010**; (88):930–936.
102. **Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F, Uçar S, Yüce T.** Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin İlaç Kullanma Durumlarının İncelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2008**; 3(8):69-83.
103. **Türkoğlu FK.** *Pediatric Kliniğine Başvuran Annelerin Çocuklarda Antibiyotik Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Araştırılması.* Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, İstanbul, **2008**.
104. **Özyiğit F, Arıkan İ.** Kütahya İlinde Üniversite Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları. *Bozok Tıp Dergisi*, **2015**; 5(1):47-52.
105. **Parlak E, Çayır Y, Ertürk A.** Aile Hekimlerinin Akılcı Antibiyotik Kullanımı Açısından Durumları: Erzurum'dan Kesitsel Bir Çalışma. *Euras J FamMed*, **2013**; 2(1):27-32.
106. **Yılmaz F, Arıkan D, Baklacı Ö, Bilmez A, Bülbül D.** 0-2 Yaş Dönem Çocuğu Olan Annelerin Oral İlaç Kullanım Davranışlarının İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2013**; 16(2):82-88.
107. **Yu M, Zhao G, Lundborg CS, Zhu Y, Zhao Q, Xu B.** Knowledge, Attitudes, and Practices of Parents in Rural China on the Use of Antibiotics in Children: across-sectional study. *BMC Infectious Diseases*, **2014**; 14(112):1-8.
108. Ülkemizin "İlaç Kullanım Davranışları" Belirlendi, İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, **2009**. Erişim: <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/press/14/ulkemizin-ilac-kullanim-davranislari- belirlendi> Erişim tarihi:15.07.2015
109. **Güngörmüş Z, Sayan A.** Bilinçsiz İlaç Kullanımı ile Sağlık Sorumluluğu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Sted*, **2010**; 19(2):55-64.

110. **Özel Ç, Büyüktanır BGÖ.** Akılcı İlaç Kullanımında Hekimin ve Eczacının Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü. *İÜHFM C. LXVI,2008*; 2:327-344.
111. **Göçgeldil E, Uçar M, Açkel CH, Türker T, Hasde M, Ataç A.** Evlerde Artık İlaç Bulunma Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. *TAF Prev Med Bull*, **2009**; 8(2):113-118.
112. **Walsh KE, Christopher J. Stille CJ, Mazor KM, Gurwitz JH.** Using Home Visits to Understand Medication Errors in Children. Erişim:http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/advances-in-patient-safety2/vol4/Advances_Walsh_74.pdf Erişim tarihi: 21.07.2015
113. **Mollahaliloğlu S, Özgülcü Ş, Alkan A, Öncül HG.** *Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı.* Akdağ R. ed. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Araştırma Serisi, Ankara: Yorum Basın Yayın Sanayi Ltd. Şt., **2011**; 10. Erişim: http://www.akilciilac.gov.tr/wpcontent/uploads/2013/05/hekimlerin_akilci_ilac_kullanimina_bakisii.pdf Erişim tarihi: 15.07.2015
114. **Çelik N, Şanlıer N.** Besin-İlaç Etkileşimlerine Güncel Bakış: İçecekler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, **2014**; 2(1):94-101.
115. **Celasin NŞ, Ergin D, Atman Ü.** Yüksek Ateş Şikayeti ile Hastaneye Yatırılan 0-6 Yaş Grubu Çocukları Olan Annelerin Yüksek Ateşe İlişkin Bilgi ve Tutumları. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, **2008**; 22(6):315-322.

EKLER

EK-1 Anket Formu

Sayın katılımcı, 0-12 yaş arası çocuklarda akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bir çalışma düzenlemekteyiz. Aşağıda bulunan sorulara içtenlikle yanıt vermeniz çalışmanın güvenilirliği açısından önemlidir. Katıldığınız için teşekkür ederim.

Esra DURHASAN
Yrd.Doç.Dr. Şenay ÇETİNKAYA

1. Ebeveynlere uygun olan yerleri (X) işaretleyiniz.

E B A E V E Y N A N N E B A B A	YAŞADIĞI YER			EĞİTİM					ÇALIŞMA DURUMU			
	Köy	İlçe	Şehir	Okur- yazar değil	Okur- yazar	İlköğretim mezunu	Lise mezunu	Üniversite ve üzeri mezunu	Çalışıyor		Çalışmıyor	Emekli
									Kamu	Özel		

2. Annenin mesleği nedir? Belirtiniz.....

3. Kaç çocuğunuz var?

4. Babanın;

a) Gelir giderden az

b) Gelir gidere denk

c) Gelir giderden fazla

5. Annenin;

a) Gelir giderden az

b) Gelir gidere denk

c) Gelir giderden fazla

6. Sosyal güvenceniz nedir?

a) Yok

b) Emekli sandığı

c) Bağkur

d) SSK

e)Özel sağlık sigortası

f) Yeşil
kart

7. Şuan hasta olan çocuğunuz kaç yaşında belirtiniz.....

8. Çocuğunuzun sürekli ve düzenli kullanması gereken ilacı var mı?

a)evet

b)hayır

9. Sağlık çalışanı olan yakınınız var mı?
a)evet b)hayır
- 10.Çocuğunuzun şuan ki şikayetleri nedir? a)
solunum sistemi b) dolaşım sistemi c) enfeksiyon hastalıkları d)nörolojik e)üriner
sistem f) endokrin sistem g)hematolojik hastalıklar h) sindirim sistemi
- 11.Çocuğunuz hastalandığında ilk başvurduğunuz yer neresidir?
a) aile sağlığı merkezi b)eczane c) özel sağlık merkezleri
d) devlet hastanesi e) üniversite hastanesi f) diğer....
- 12.Bu gün sağlık kuruluşuna gelmeden önce çocuğunuza evde olan bir ilacı kullandınız mı? a) evet b) hayır
- 13.Eczaneden ilacınızı alırken reçetede yazan ilacın eşdeğerini kullanmayı kabul ediyor musunuz?
a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
- 14.Doktora gitmeden eczaneden ilaç alıp kullandığınız oluyor mu?
a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
- 15.Doktora danışmadan evde olan ilacı çocuğunuza kullanır mısınız?
a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
- 16.Akraba, arkadaş, komşuların tavsiyesiyle çocuğunuza ilaç kullanır mısınız?
a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
- 17.Akraba, arkadaş ve komşularınıza siz ilaç tavsiye eder misiniz?
a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
- 18.Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan çocuğunuza antibiyotik kullanır mısınız? a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
- 19.Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bıraktığınız olur mu?
a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
- 20.İlacı bırakma sebebiniz nedir? a)
iyileşme b) hastalık belirtilerinin ortadan kalkması c) unutkanlık d) alerji
e) fazla ilaç almamak f) çocuğun ilacı içmek istememesi g) bitene kadar bırakmam
- 21.Kullandığınız ilacın ne ilacı olduğu hakkında bilgi alıyor musunuz?
a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
- 22.Bu bilgiyi size kim veriyor?
a) doktor b) hemşire c) eczacı d) internetten bakıyorum e) bilgi alamıyorum

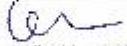
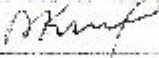




23. Kullandığınız ilacın içindeki ilaç bilgilerini içeren kağıdı (prospektüsünü) okur musunuz a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
24. İlacı kullanırken çocuğunuzun açlık tokluk durumuna dikkat eder misiniz? a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
25. Çocuğunuza ilacı kullanırken saat aralığına (örn 8 saatte bir 12 saatte bir olmasına) dikkat eder misiniz? a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
26. Çocuğunuza ilacı kullanmadan önce son kullanma tarihine bakar mısınız? a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
27. Çocuğunuz için evde ilaç bulunsun diye doktora ilaç yazdırır mısınız? a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
28. İlaçları evde nerede saklıyorsunuz? a) oda sıcaklığında b) ecza dolabında c) buzdolabında d) ısı koşullarına göre (yazın buzdolabı kışın ecza dolabı) e) üzerinde yazan dereceye göre
29. Kullanmadığınız ilaçları ne yaparsınız? a) ihtiyacı olana veririm b) hastane, eczane, sağlık ocağına veririm c) fazla ilaç evde durur d) çöpe atarım
30. Çocuklar için toz halinde olan ilaçlarda (süspansiyon formlarda) kullanılan ölçek (yemek kaşığı/tatlı kaşığı vb.) hakkında bilgi alıyor musunuz? a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
31. Bu bilgiyi veren kişiye rahatlıkla anlamadığınız yerleri soruyor musunuz? a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
32. İlacın yan etkileri hakkında size bilgi veriliyor mu? a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
33. Beklenmeyen bir etki yaşadığınızda prospektüsü yeniden okuyor musunuz? a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
34. İlacı zamanında vermeyi unuttuğunuz zaman ne yapıyorsunuz? a) aklıma gelir gelmez hemen veriyorum b) diğer öğünde çift doz veriyorum c) bir şey yapmıyorum diğer öğünde tek doz veriyorum d) diğer.....
35. Bu ilacı kullanırken şu besinler bol tüketilmeli ya da hiç yenmemeli gibi ilaçla birlikte size beslenme konusunda bilgi veriliyor mu? a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman

36. Doktor çocuğunuza iğne yazdığında (IM) iğneyi kime yaptırıyorsunuz? a) sağlık kuruluşunda sağlıkçıya b) eczanede eczacıya ya da kalfaya c) iğne yapmayı bilen akraba/eş/dosta d)diğer.....
37. Kuru toz halindeki ilaçların süspansiyon haline getirme ve saklanma koşulları hakkında bilginiz var mı? A) evet b) hayır c) biraz
38. Kuru toz halinde olan şurupları nasıl hazırlıyorsunuz? Anlatınız.....
- () önce şişedeki tozu çalkalarım
- () toza kaynatılıp soğutulmuş olan suyu kullanırım
- () suyu işaretli yere kadar eklerim
- () solüsyonu 2 kez çalkalarım
- () işaretli yere kadar tekrar su eklerim
- () ilacı tekrar çalkalarım
39. Çocuğunuzun ilaç alerjisi var mı? Cevabınız hayır ise lütfen 42. Soruya geçiniz.
- a) evet b) hayır
40. Çocuğunuzun ilaç alerjisi varsa çocuğunuzun üstünde bunu belirtebilecek künye, bileklik, kart vs taşıyor mu? a) evet b) hayır
41. Sağlık kuruluşuna gittiğinizde size sorulmasa dahi çocuğunuzun ilaç alerjisi hakkında sağlık personeline bilgi veriyor musunuz?
- a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
42. İlaç tedavisinin kaç gün süreceği ve ilaçların ne zaman bırakılması gerektiği hakkında size bilgi veriliyor mu?
- a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
43. Çocuğunuz nezle, grip, suçiçeği (virüs kaynaklı hastalıklarda) olduğunda aspirin kullanıyor musunuz?
- a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
44. Çocuğunuz, nezle, grip veya suçiçeği (virüs kaynaklı hastalıklarda) olduğunda aspirin kullanmanın tehlikeli olduğunu biliyor musunuz? a) evet b) hayır
45. Doktora çocuğunuz için kullandığınız diğer ilaçlarınızı söylüyor musunuz?
- a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
46. Doktorun çocuğunuza verdiği hapları bölerek (ikiye, dörde bölme gibi) kullanmak zorunda kaldığınız oluyor mu?
- a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman
47. Çocuğunuzda hiç ilaç zehirlenmesi yaşadınız mı? a) evet b) hayır
48. Göz/kulak/burun damlalarının kullanımı hakkında bilgi alıyor musunuz?
- a) Her zaman b) sıklıkla c) bazen d) nadiren e) hiçbir zaman

Ek-2 Etik Kurul İzin Belgesi**T.C. ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU**

Toplantı Sayısı	Tarih
13	8 Kasım 2012

KARAR NO 4- Çukurova Üniversitesi Adana Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Anabilim Dalı'nda, Yrd. Doç. Dr. Şenay Çetinkaya yönetiminde, Tazra Durhanan tarafından yürütülmesi öngörülen, "0-12 yaş çocuğu olan annelerin akute ilaç kullanımı" başlıklı yüksek lisans tez projesi araştırma etiği yönünden değerlendirildi. Toplantıya katılan üyelerin oybirliğiyle uygun olduğuna karar verildi.

BAŞKAN	Doç Dr Selim Kadioğlu Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	
ÜYELER	Prof Dr Mülliye Kasap Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı	
	Prof Dr Dincer Yıldızdaş Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Toplantıya Katılmadı
	Prof Dr Mehmet Kanadaş Kardiyoloji Anabilim Dalı	
	Doç Dr Gürhan Sakman Genel Cerrahi Anabilim Dalı	
	Doç Dr Gülşah Seydaoğlu Biyostatistik Anabilim Dalı	
	Doç Dr Suat Gezer Güçsüz Cerrahisi Anabilim Dalı	
	Av. Zehra Bolut Hukukçu Üye	Toplantıya Katılmadı
	Dr Neşe Kayın Kurum Dışı Üye	Toplantıya Katılmadı

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası, Balcalı 01330 Adana
Telefon: 0322 338 66 60 dahili 3465, Faks: 0322 338 67 72



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
BALCALI HASTANESİ


BÜRO Hemşirelik Hizm.Müdürlüğü
SAYI R.30.2.ÇKO.0.H1.00.00.142/165
KONU:

Adana 07.11.2012

Sayın Yrd.Doç.Dr. Şenay ÇETİNKAYA
Ç.Ü. Adana Sağlık Yüksekokulu
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Yüksek Lisans öğrencisi Esra DURHAN'ın Aralık 2012 –Mart 2013 tarihlerinde
“0-12 yaş çocuğu olan annelerin akile ilaç kullanımı” konulu anket çalışmasını, Hastanemiz
Çocuk Polikliniklerinde uygulaması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize rica ederim.


Doç.Dr. İ.Oğuz KARA
Başhekim Yardımcısı


Hemş.Hiz. Müd.: Refiye ÖZGEN

ÖZGEÇMİŞ

1986 yılında Adana’da doğdu. İlkokul, Ortaokul, Liseyi Adana’da bitirdi. 2004 yılında Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu’nda lisans eğitimine başladı. 2010-2012 yılları arasında Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde hemşire olarak görev yaptı. 2010’da Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programında yüksek lisans eğitimine başladı. 2012 yılında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına geçiş yapıp Tarsus Huzurevi’nde hemşire olarak çalışmaya başlamış olup, halen Tarsus Huzurevi’ndeki görevine devam etmektedir. Adana ilinde ikamet etmektedir. Evli ve bir çocuk annesidir.