

**A.S.ÇINAR**

**KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**2018**

**T.C.  
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PINARHİSAR'DA BEŞ YAŞ ALTI ÇOCUĞU OLAN  
ANNELERİN AKILCI İLAÇ KULLANIM DURUMU VE  
ETKİLEYEN ETMENLER**

**AYÇA SEDA ÇINAR**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI  
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZİRAN  
2018**

**T.C.  
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**PINARHİSAR'DA BEŞ YAŞ ALTI ÇOCUĞU OLAN  
ANNELERİN AKILCI İLAÇ KULLANIM DURUMU VE  
ETKİLEYEN ETMENLER**

**AYÇA SEDA ÇINAR**

**DANIŞMAN  
DR. ÖĞR. ÜYESİ YELİZ MERCAN**

**HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI  
HALK SAĞLIĞI PROGRAMI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZİRAN  
2018**

**TEZ ONAYI**

Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Halk Sağlığı Programında Yüksek Lisans Ayça Seda ÇINAR tarafından Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN'ın danışmanlığında hazırlanan “Pınarhisar’da Beş Yaş Altı Çocuğu Olan Annelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumu Ve Etkileyen Etmenler” başlıklı tez aşağıdaki jüri üyeleri tarafından 04/06/2018 tarihinde yapılan Tez Savunma Sınavında başarılı bulunmuş ve Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

**Jüri Başkanı**

Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN  
Kırklareli Üniversitesi  
Sağlık Yüksek Okulu  
Sağlık Yönetimi Bölümü

**Jüri**

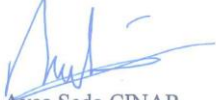
Dr. Öğr. Üyesi İlknur Metin AKTEN  
Kırklareli Üniversitesi  
Sağlık Yüksek Okulu  
Hemşirelik Bölümü

**Jüri**

Dr. Öğr. Üyesi İlknur DINDAR  
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri  
Fakültesi  
Hemşirelik Anabilim  
Dalı

**BEYAN**

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.



Ayça Seda ÇINAR

## **İTHAF**

Aileme ithaf ediyorum.

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitim dönemi tezini tamamlamış bulunmaktayım. Tez çalışmamda planlanmasında, araştırılmasında ve yürütülmesinde ilgi ve desteğini esirgemeyen, sabırla ve büyük bir ilgiyle bana yardımcı olan, çekinmeden ulaşabildiğim, güler yüzünü ve samimiyetini benden esirgemeyen ve gelecekteki mesleki hayatımda da bana verdiği değerli bilgilerden faydalanacağımı düşündüğüm kıymetli danışman hocam sayın Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN 'a teşekkürü bir borç bilir, şükranlarımı sunarım.

Ayrıca bugünlere gelmemde en büyük payı olan kıymetli aileme, eşime ve kızıma teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

İTHAF .....	iv
TEŞEKKÜR.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. İlaç Tanımı .....	3
2.2. Akılcı İlaç Kullanımı.....	4
2.2.1. Dünyada ve Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımının Gelişimi .....	4
2.2.2. Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri .....	6
2.2.2.1. Doğru tanıya dayanma .....	7
2.2.2.2. Uygun ilacı seçme .....	7
2.2.2.3. Tedavi başarısının, yan etkilerin ve hastanın uyumunun izlenmesi	8
2.2.2.4. Çoklu ilaç kullanımında, ilaç etkileşimlerinin değerlendirilmesi	8
2.2.2.5. Reçete edilen tedavinin maliyeti .....	9
2.2.3. Akılcı İlaç Kullanımının Akılcılık Ölçütleri.....	9
2.2.4. Akılcı İlaç Kullanımında Paydaşlar .....	10
2.2.4.1. Hekimin sorumluluğu.....	10
2.2.4.2. Eczacının sorumluluğu.....	11
2.2.4.3. Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının sorumluluğu .....	11
2.2.4.4. Hasta ve hasta yakınlarının sorumluluğu .....	12
2.2.4.5. Kurumsal sorumluluklar.....	13
2.2.5. Akılcı İlaç Kullanımının Hasta Güvenliğini Sağlama Açısından Önemi	13
2.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı .....	15
2.3.1. Akılcı Olmayan İlaç Kullanım Şekilleri .....	16
2.3.2. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Nedenleri.....	16
2.3.2.1. Hastalardan kaynaklı faktörler .....	17
2.3.2.2. Hekimlerden kaynaklı faktörler .....	17
2.3.2.3. Eczacılardan kaynaklı faktörler.....	18



2.3.2.4. İlaç sağlama sistemlerinden kaynaklı faktörler .....	18
2.3.2.5. Sağlık sistemi ve düzenleme mekanizmalarından kaynaklı faktörler .....	19
2.3.2.6. İlaç promosyonlarından kaynaklı faktörler .....	19
2.3.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımında Hataların En Fazla Yaşandığı İlaç Grupları .....	19
2.3.4. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Sonuçları .....	20
2.4. Antimikrobiyal Direnç .....	21
2.4.1. Antibiyotik Direnci .....	22
2.5. Türkiye'de ve Dünyada Farmakovijilans Çalışmaları .....	24
2.6. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımında Mücadele.....	25
2.6.1. Akılcı Tedavi Süreci .....	25
2.6.1.1. İlacın etkisi .....	26
2.6.1.2. İlacın yan etkileri.....	26
2.6.1.3. İlacın uygulanması .....	26
2.6.1.4. Uyarılar.....	26
2.6.1.5. Sonraki randevu.....	26
2.7. Akılcı İlaç Kullanımında DSÖ'nün Ülkelere Önerileri .....	26
3. GEREÇ VE YÖNTEM .....	28
3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....	28
3.2. Araştırmanın Tipi .....	28
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	28
3.4. Araştırmanın Değişkenleri .....	28
3.4.1. Bağımlı Değişken .....	28
3.4.2. Bağımsız Değişkenler .....	29
3.4.2.1. Araştırma Grubunun Bazı Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Değişkenler.....	29
3.4.2.2. Araştırma Grubunun Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İlgili Değişkenler .....	29
3.4.2.3. Araştırma Grubunun Akılcı/Akılcı Olmayan İlaç Kullanım Durumu ile İlgili Değişkenler.....	30
3.4.2.4. Araştırma Grubunun Akılcı İlaç ve Akılcı Antibiyotik Kullanım Bilgi Düzeyi ile ilgili Değişkenler.....	30

3.4.2.5.Araştırma Grubunun Çocuklarına Yönelik Akılcı /Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı ile İlgili Değişkenler .....	31
3.4.2.6.Araştırma Grubunun Çocuklarına Yönelik Akılcı /Akılcı Olmayan İlaç Uygulama ile İlgili Değişkenler.....	31
3.5. Veri Toplama Aracı ve Veri Toplama.....	32
3.6. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri .....	33
3.6.1. Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri.....	33
3.6.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri.....	33
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	33
3.8. Araştırmanın Etik Yönü ve Resmi İzin .....	33
3.9. Verilerin Analizi.....	33
3.10. Araştırma Takvimi .....	34
4. BULGULAR.....	35
5. TARTIŞMA .....	58
SONUÇ VE ÖNERİLER .....	72
KAYNAKLAR .....	75
FORMLAR .....	92
ETİK KURUL KARARI .....	103
ÖZGEÇMİŞ.....	109

## TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4-1:Araştırma Grubunun Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=320)..	36
Tablo 4- 2: Araştırma Grubunun Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Özellikleri (n=320). .....	37
Tablo 4-3: Araştırma Grubunun Akılcı/ Akılcı Olmayan İlaç Kullanım Durumu ile İlgili Özellikleri (n=320). .....	39
Tablo 4-4: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç ve Akılcı Antibiyotik Kullanım Bilgi Düzeyi ile İlgili Özellikler (n=320). .....	42
Tablo 4-5: Araştırma Grubunun Çocuklarına Yönelik Akılcı/Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı ile İlgili Özellikler (n=320). .....	44
Tablo 4-6: Araştırma Grubunun Çocuklarına Yönelik Akılcı/Akılcı Olmayan İlaç Uygulamaları (n=320). .....	46
Tablo 4-7: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırması (n=320). .....	48
Tablo 4-8: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Özelliklerinin Karşılaştırması (n=320). .....	49
Tablo 4-9: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile İlaçlar ile İlgili Bazı Özelliklerinin Karşılaştırması (n=320). .....	50
Tablo 4-10: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile Bilgi Düzeyinin Karşılaştırması (n=320). .....	51
Tablo 4-11: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile Çocuklarına Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı Özelliklerinin Karşılaştırması (n=320). .....	52
Tablo 4-12: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile Çocuklarına Yönelik Akılcı İlaç Uygulama Özelliklerinin Karşılaştırması (n=320). .....	54
Tablo 4-13: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile Sosyo-demografik Özellikleri Arasında Yapılan Çok Değişkenli Risk Analizleri.....	55
Tablo 4-14: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile Bazı Kullanım ve Bilgi Düzeyi ile İlgili Özelliklerinin Çok Değişkenli Risk Analizleri .....	56
Tablo 4-15: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile Çocuklarına Yönelik Uygulamalarının Çok Değişkenli Risk Analizleri.....	57

**SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ**

AİK: Akılcı İlaç Kullanımı

AMD: Antimikrobiyal Direnç

AOİK: Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

TÜFAM: Türkiye Farmakovijilans Merkezi

UAMDSS: Ulusal Antimikrobiyal Direnç Sürveyans Sistemi

## ÖZET

### **Pınarhisar'da Beş Yaş Altı Çocuğu Olan Annelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumu ve Etkileyen Etmenler.**

Amaç: Bu çalışmada beş yaş altı çocuğu olan annelerin akılcı ilaç kullanım durumunu ve etkileyen etmenleri saptamak, çocuklarına yönelik uygulamalarda akılcı ilaç kullanımlarını belirlemek amaçlanmıştır. Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu araştırma Haziran 2015-Mart 2016 arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini Pınarhisar'da Aile sağlığı merkezlerine kayıtlı beş yaş altı çocuğu olan kadınlar oluşturmuş, evreni bilinen örnek büyüklüğü formülü kullanılarak örnek büyüklüğü 320 olarak saptanmıştır. Veriler Anket Formu kullanılarak yüz yüze toplanmıştır. Çözümlemede tanımlayıcı istatistikler, ki-kare, lojistik regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. Bulgular: Araştırma grubunun yaş ortalaması  $31,41 \pm 4,98$ 'dir. Katılımcıların %61,8'i lise ve üzeri eğitilidir. Grubun akılcı ilaç kullanım prevalansı %30,0'dur. Katılımcıların %90,0'ı reçetesiz ilaç, %19,1'i reçetesiz antibiyotik kullanmaktadır. Annelerin %66,3'ü çocuğuna reçetesiz ilaç, %6,3'ü çocuğuna reçetesiz antibiyotik kullandığı saptanmıştır. Annelerin akılcı ilaç kullanımını çekirdek ailede yaşayanlarda 2,4 kat, gelir düzeyi 1400-2799 TL arasında olanlarda 4,8 kat, ilaç fiyatı arttıkça ilacın etkinliğinin artmayacağını bilenlerde 3,6 kat, akılcı ilaç kullanım farkındalığı olanlarda 14 kat yüksektir. Sonuçlar: Annelerin akılcı ilaç kullanım prevalansı düşük düzeydedir. Anneler çocuklarına yönelik ilaç uygulamalarında daha akılcı davranmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, Akılcı olmayan ilaç kullanımı, Reçetesiz ilaç kullanımı, Reçetesiz antibiyotik kullanımı, Anneler.

**ABSTRACT****Rational Use of Medicines for Mothers Having Children Under Five Years Old in Pınarhisar and Effecting Factors.**

**Aim:** In this study, it was aimed to determine the situation of Rational Use of Medicines (RUM) for children having children (<5 yr) old and factors affecting their use, and to determine their RUM situations in the applications related to their children. **Method:** This descriptive and cross-sectional research was performed between the dates June 2015-March 2016. The samples of the research were consisted of women, who were registered to Family Health Care Centers and had children (<5 yr) (n=320). The data were collected by using Questionnaire Form. In the analysis made use of descriptive statistics, chi-square, logistic regression analysis. **Results:** The average of age of the research group was  $31.41 \pm 4.98$ . 61.8% of them graduated from high school or more. RUM prevalence of the group was 30.0%. 90.0% of the applicants used non-prescription medicines, 19.1% of the applicants use non-prescription antibiotics. It was determined that 66.3% of the mothers gave non-prescription medicines to their children and 6.3% of the mothers gave non-prescription antibiotics to their children. It was determined that the ratio of RUM of the mothers living in nuclear family was 2.4 times higher, mothers having level of income between 1400-2799 TL was 4.8 times higher, mothers knowing that the effectiveness of the medicine will not increase as the price of the medicine increases was 3.6 times higher, and mothers having higher awareness of RUM was 14 times higher. **Results:** RUM prevalence level of the mothers is low. Mothers act more rationally in their use of medicine for their children.

**Key Words:** Rational use of medicines, irrational use of medicines, use of non-prescription medicines, use of non-prescription antibiotics, Mothers.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından; “kendi klinik ihtiyaç ve gereksinimleri için en uygun olan ilacı, en uygun endikasyonda, dozda, süreyle ve olabildiğince düşük maliyet ile alması” şeklinde tanımlanmıştır (WHO 1987). AİK ilkelerine uygun olmayan kullanım Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı (AOİK) olarak tanımlanır (Mollahaliloğlu ve ark. 2011). Dünya’da yanlış ve bilinçsiz ilaç kullanımı toplum sağlığını etkileyen en önemli sorunların başında yer almakta, ilaçların yarıdan fazlası uygun olmayan şekillerde reçete edilmekte, temin edilmekte ya da satılmaktadır (WHO 2005; 2010).

Gereğinden çok ilaç reçete edilmesi, reçetesiz ilaç kullanılması, ilaçların yanlış kullanılması, gereksiz yere pahalı olan ilaçların kullanılması, gereksiz antibiyotik kullanılması gibi durumlar AOİK arasında yer almaktadır (Akıcı 2015; Ekenler ve Koçoğlu 2016). Bu durum hastaların tedaviye uyumlarında azalma, ilaç etkileşimleri, ilaçlara karşı direnç gelişimi, hastalıkların yinelenmesi veya uzaması, hastane yatışlarında ve tedavi maliyetlerinde artış gibi pek çok sorun ortaya çıkarmaktadır (Akkurt 2016; WHO 2018a). Bunlardan en önemlisi ise antibiyotik direnci olup, günümüzün küresel sağlığı, gıda güvenliği ve gelişimi için en büyük tehditlerden biridir (SB 2018; WHO 2018a). Araştırmalara göre Asya ve Afrika’da hastaneye yatırılan her iki hastadan birine, Avrupa’da ise her üç hastadan birine antibiyotik tedavisi başlandığı (AMR 2016); ülkemizin ise kişi başı antibiyotik tüketiminde birinci sırada yer aldığı belirlenmiştir (WHO 2005; AEO 2014). İlaçların akılcı kullanımında başta hekim olmak üzere, eczacı, hasta ve yakınları, devlet, ilaç endüstrisi, eğitim kurumları ve medya gibi tüm paydaşların sorumluluklarını yerine getirmesi gerekmektedir (Toklu 2015; Altındiş 2017).

AİK’in talep ayağını oluşturan hasta ve yakınlarının hekime danışmadan ilaç alıp kullanmaları, ilaç tavsiye etmeleri veya başkalarının tavsiyesiyle ilaç kullanmaları, evde ilaç depolamaları, önceki deneyimlerine dayanarak evdeki ilaçlardan kullanmaları, hekim tarafından reçete edilen ilaçları zamanında almamaları, uygun doz ve tavsiye edilen süre kullanmamaları AOİK sorunlarını ortaya çıkarmakta ve sorumluluklar da bu konular hakkında olmaktadır (Akkurt

2016). Sosyal belirleyicilerden de etkilenen AİK'da asıl belirleyicinin eğitimden bağımsız olarak, temel sağlık bilgisinin yetersiz olması ile ilişkilendirilmiştir (Sürmelioglu ve ark. 2015; Li ve ark. 2016). Annelerin hem kendilerine hem de çocuklarına yönelik AİK durumu da hasta ve hasta yakını sorumluluğu olarak karşımıza çıkmaktadır. Annelerin çocuklarına yönelik ilaçların akılcı kullanımında en sık gözlenen hatalar ise ilaç dozunu ayarlamada, birden fazla ilaç verilmesi gerektiğinde, ilaç verme zamanlarında, ilaç verme sürelerinde, ilacı verdiği ölçekte ve ilaçların başka besinler ile karıştırılarak verilmesi gibi durumlarda ortaya çıkmakta, ebeveynlerin bilgi kaynağı ise ilaçların akılcı kullanımında önemli rol oynamaktadır (Yılmaz ve ark. 2013; Aleem ve ark. 2016; Kenesarı ve Özçakar 2016; Kılıç ve ark. 2016). Tavsiye üzerine ilaç kullanma, önceki deneyimlerden yararlanma gibi hatalı uygulamalar ise çocuklarda reçetesiz ilaç ve reçetesiz antibiyotik kullanımını arttırmaktadır (Roussounides ve ark. 2011; Kenesarı ve Özçakar 2016; Al-Shawi ve ark. 2018). Bu nedenlerle tüm paydaşların AİK konusunda eğitim ve farkındalık çalışmalarına önem vermeleri, dezavantajlı grubu oluşturan beş yaş altı çocuğu olan annelerin sağlık kurumlarına başvuruları bir eğitim fırsatı olarak değerlendirilmelidir (Koç Türkoğlu 2008; Şimşek 2015 ss.12).

Bu gerekçelerden yola çıkarak araştırmada beş yaş altı çocuğu olan annelerin Akılcı İlaç Kullanım (AİK) durumunu ve etkileyen etmenleri saptamak, çocuklarına yönelik uygulamalarda AİK durumlarını belirlemek amaçlanmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İlaç Tanımı

İlaç DSÖ tarafından; fizyolojik sistemleri/patolojik durumları, kullananın faydası için değiştirmek yahut incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen madde/ürün olarak tanımlanmıştır (WHO 1987). İlaçlar belirli standartlarda aktif madde içeren, biyolojik etkinliğe sahip olan ve genellikle bitkisel ya da hayvansal kaynaklı ürünlerdir (Kayaalp 2009; Parlak 2015; Akkurt 2016).

Diğer bir tanıma göre ilaç hastalıkların tanı ve tedavileri, hasta yakınmalarını hafifletme, hastalıklardan koruma veya fizyolojik olayları düzeltmek adına insan ve hayvanlarda kullanılmakta olan kimyasal bileşimlerdir. İlaçların ne zaman, nasıl, hangi dozlarda, hangi niteliklerde kullanılacağı hem sağlık hizmetlerinde hem de sağlık sorunları içinde son derece önem arz etmektedirler. İlaçlar içerdikleri kimyasal maddelerden ötürü tamamen zararsız değildir, ancak kullananın yararına olacak ise kullanılmaları gerekir (Akkurt 2016). Tüm ilaçlar temelde toksik bir madde olduğundan uygun olmayan şekillerde kullanılmaları halinde ciddi hasarlara yol açan ya da ölüme sonuçlanabilen ürünlerdir (Akıcı ve ark. 2004; Şahingöz 2012). İlaçlar toplum sağlığı açısından güvenilir, uygun maliyetli, her gelir durumundan insana, ihtiyaç duyulduğu zaman ertelenmeksizin sağlanabilmeli ve hastaların kendi tercihiyle seçemedikleri ürünler olmalıdır (Şahingöz 2012).

DSÖ hazırladığı “İyi Reçete Yazma Rehberi”nde hekimlerin ilaç seçimi ve kullanıma yönelik dört ölçütü esas almıştır. Bunlar aşağıdaki gibi sıralanmıştır(Akkurt 2016):

- Etkinlik: İlaçların farmakodinamik ve farmakokinetik özellikleri
- Güvenlilik: İlaçların yan etkileri
- Uygunluk: İlaçların kontrendikasyonları
- Tedavi Maliyeti: İlaçların fiyatıdır.

## 2.2. Akılcı İlaç Kullanımı

Günümüz modern tıp uygulamaları içerisinde en önemli yöntemlerin başında ilaçla tedavi gelmektedir. İlaç kullanımındaki artışa bağlı olarak maliyetler artmış ve ülkelerin sağlık bütçelerinde ilaçlar önemli bir paya sahip olmuştur (Uzuntarla ve Cihangiroğlu 2016). DSÖ tarafından dünya nüfusunun yaklaşık üçte birinin temel ilaçlara ulaşamadığı, Asya ve Afrika'nın kırsal kesimlerinde bu oranın yarıya kadar yükseldiğini bildirilmiştir (WHO 2002).

AİK hastaların klinik bulguları ve kişisel özellikleri açısından en uygun olan ilacı, kişisel gereksinimlerini karşılayan en uygun sürede, en ideal dozlarda, kendileri ve toplum açısından en düşük maliyetlerle almaları ve kolay bir şekilde sağlayabilmeleri şeklinde tanımlanmaktadır (Yapıcı ve ark. 2011; Gülhan 2013; Uzuntarla ve Cihangiroğlu 2016). Bu kapsamda devlet, ilaç üreticileri, sağlık çalışanları ve hastalar akılcı ilaç kullanımından sorumlu kişi ve kuruluşlar olarak belirlenmiştir (Yılmaz ve ark. 2014; Altındiş 2017).

### 2.2.1. Dünyada ve Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımının Gelişimi

İnsanoğlunun temel hakları arasında belki de en önemlisi sağlığın teminidir (Hatipoğlu ve Özyurt 2016). İlaç hastalıkların önlenmesi, tanı ve tedavisinde ve diğer tıbbi amaçlarda en yaygın kullanılan yöntemdir (Kayaalp 2009; Hatipoğlu ve Özyurt 2016). AİK ile ilgili ilk adımlar DSÖ tarafından 1977’de “Temel İlaç Listesi”nin oluşturulmasıyla atılmıştır. 1985'te Nairobi'de düzenlenen toplantıda ise DSÖ tarafından AİK; "*hastaların klinik gereksinimleri için en uygun olan ilaçları, bireysel gereksinimlerini karşılayan dozlarda, yeterli süre boyunca, kendilerine ve topluma en düşük maliyetle kullanmaları*" şeklinde tanımlanmıştır (Hatipoğlu ve Özyurt 2016).

Türkiye’de AİK ile ilgili çalışmalar 1996 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından başlanmış, 1999 yılında gerçekleştirilen “Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı İlkelerinin Yerleştirilmesinde Farmakoterapi Eğitimi ve Klinik Farmakolojinin Yeri Çalışma Toplantısı” ile yerini almıştır (Parlak 2015). Türkiye’de 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Ulusal İlaç Kurumu ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulması öngörülmüş, bu kurumlar sayesinde

akılcı ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonun sağlanması, ruhsatlandırılma ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalanması hedeflenmiştir (SB 2003 ss.34-35). Bu amaçla 2004 yılında referans fiyat uygulaması getirilmiş ve ilaç fiyatları %80 oranında düşürülmüş, ilaçta katma değer vergisi (KDV) oranı %18'den %8'e geri çekilmiş ve tek geri ödeme komisyonu kurulmuştur. 2005 yılında ilaç ruhsatlandırma süreçleri Avrupa Birliği ile uyumlu hale getirilmiş ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ilaç alımlarında iskontolar sağlamıştır (SB 2014 ss. 225). 2006 yılında Sağlık Hizmeti Sunucuları tarafından sağlık hizmetlerine ilişkin bilgilerin elektronik ortamda gönderilmesini sağlamak amacıyla "MEDULA" uygulaması başlatılmıştır (RG 2006). 2009 ve 2011 yıllarında aşamalı olarak hem jenerik hem de orijinal ürünler için fiyatlar mevcut fiyatın %60'ını geçemez kuralı ve reçetelenen ilaçlar için ise en ucuz eşdeğer ilacın %10 fazlasına kadar olan ürünlerin karşılığının ödenmesi kuralı getirilmiştir (SB 2004; 2012 ss.225). 02.11.2011 tarihli 1. Mükerrer Resmi Gazete'de yayımlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile öngörülen Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur (SB 2018a). 2010 yılından itibaren merkezi veri tabana bağlı ve karekod uygulamalı İlaç Takip Sistemi'ne geçilmiştir ve aynı yılda Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü kurulmuştur. Bu kapsamda AİK stratejileri aşağıdaki gibi belirlenmiştir (SB 2012 ss.228-229):

- Toplum bilincinin artırılması ve farkındalığın oluşturulması
- Uygulanacak yöntemlerin geçerliliğinin tespitini sağlamak amacı ile periyodik ölçme ve değerlendirmelerin yapılması
- İlköğretim ders müfredatında akılcı ilaç kullanımının yer alması
- Bütün tıp, diş hekimliği ve eczacılık fakültelerinin müfredatlarında akılcı ilaç kullanımına yönelik bir programların yeterince yer alması
- Teşhis tedavi kılavuzlarının güncellenmesi
- Güncel olan teşhis ve tedavi rehberlerinin e-rehbere dönüştürülmesi
- Türkiye İlaç Rehberine web tabanlı erişimin sağlanması
- Yapılacak tıbbi kongrelerde AİK prensiplerinin korunması ve bu konuda bir oturuma yer verilmesi.

2013 yılında “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017” hazırlanmış, bu plan kapsamında AİK yapılanması, hekim, eczacı ve yardımcı sağlık

personeli temel alınarak tanıtım, eğitim ve izleme ve değerlendirme, idari düzenleme ve planlamalara yönelik 99 faaliyet belirlenmiştir (SB 2017). İzleyen yıllarda birinci basamak tanı ve tedavi rehberleri oluşturulmuş, e-bültenler hazırlanmış, sürveyans çalışmaları yapılmış, DSÖ'nün temel ilaç listesi esas alınarak ruhsatlı ilaç listesi oluşturulmuş, Eczacı Yerleştirme Sistemi ile nüfusa göre eczane sayısı sınırlandırılmıştır (Yağar ve Soysal 2018).

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'nun 17.11.2014 tarih 137011 sayılı ve 18.03.2013 tarih 29597 sayılı yazılarında ülkemizde de akılcı olmayan ilaç kullanımının ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu bildirilmiştir. Bu bağlamda 18.03.2013 tarih, 29597 sayılı ilgi yazıda ve AİK 2014-2017 Eylem Planı kapsamında 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanununun 24. Maddesine "Reçete mukabilinde verilmesi meşrut olan ilaçların reçetesiz verilmesi ve müessir maddelerin eczanelerde toptan satılması yasaktır." olan metine dayandırılarak haricen kullanılan antibiyotiklerde 1 Ocak 2017, diğer tüm antibiyotik içeren preparatlarda ise 1 Nisan 2016 tarihinden itibaren antibiyotiklerin reçetesiz satışı yasaklanmıştır (RG 1953; AEO 2014; KEO 2015; Güler 2016). Son olarak 15-16 Mart 2018 tarihlerinde AİK Ulusal Eylem Planı 2014-2017'nin devamı niteliğinde "Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2018-2022 Çalıştayı" düzenlenmiştir (SB 2018).

### **2.2.2. Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri**

AİK süreci hastaların sorunlarının büyük bir titizlikle tanımlanması, tedavi amaçlarının tespiti, farklı seçenekler içerisinde etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir tedavi yönteminin belirlenmesi, daha sonra ise uygun reçete hazırlanarak hastalara verilecek olan anlaşılır bilgiler ve önerilerle tedaviye başlanması, tedaviden elde edilen sonuçların takibi ve değerlendirilmesi gibi çok sayıda süreci içine alan sistematik bir yaklaşımdır (Katzung ve ark. 2009). DSÖ'nün AİK tanımına göre akılcı ilaç kullanım ilkeleri aşağıdaki gibi sıralanmıştır (SB 2012 ss.228):

1. Doğru tanıya dayanma
2. Uygun ilacın seçilmesi
3. Tedavi başarısının, yan etkilerin ve hastanın uyumunun izlenmesi
4. Çoklu ilaç kullanımında, ilaç etkileşimlerinin değerlendirilmesi

## 5. Reçete edilen tedavinin maliyeti

### 2.2.2.1. Doğru tanıya dayanma

AİK kararının verilmesinde en önemli hususların başında doğru tanı konulması yer almaktadır. Hekimler, tedavinin başarıya ulaşması için hastalarının yakınmalarını ve hastalık öyküsünü kendi belirlediği bulgularla bir araya getirerek ve gerektiğinde laboratuvar bulguları ile destekleyerek en doğru tanıyı koyarlar. Bu aşamada hekimlerin sahip oldukları bilgi ve deneyim doğru tanıya varmada önemli bir belirleyicidir (Pınar 2010; İlhan 2011; SGK 2013a). Hastaların hekimlere başvuru nedenleri arasında hastalığa ilişkin bir belirti, ilaç yan etkisi, tekrar ilaç yazdırma, tedaviye uyumsuzluk, koruyucu tedavi isteği ya da belirtilen tüm bu hususların kombinasyonu olabilir. İlaçla tedavi kararının verilmesinden önce başvuru nedenleri, hastaların diyeti, egzersizi gibi bazı yaşam tarzı değişiklikleri göz önünde bulundurulması gereklidir (Pınar 2012; İlhan ve ark. 2014; Haddad ve Ebada 2017). Günümüzde şikayetlerin ortadan kaldırılmasına yönelik uygulanan semptomatik tedaviler gereksiz ilaç kullanımını arttırmakta ve bu durum tedavi maliyetlerinin de ciddi boyutlara ulaşmasına yol açmaktadır (AİFD 2012; SB 2014).

### 2.2.2.2. Uygun ilacı seçme

Hekimler hastalarında tespit ettikleri klinik tablonun semptomlarına, patogeneze ve etiyolojisine yönelik etkili olan ilaçları seçerlerken öncelikli olarak “zarar vermeme” kuralını dikkate alırlar. İlaç seçiminde mevcut patolojik durum, muhtemel ilaç yan etkileri, hastada var olabilecek diğer patolojiler, cinsiyet, yaş, kilo, gebelik gibi farklılıklar, çalışma, eğitim, hobiler gibi hastanın günlük yaşam koşulları göz önünde bulundurulmalıdır. Hastaya ve hastalığa uygunluğu açısından diğer önemli belirleyiciler arasında ilacın farmasötik formu, uygulama şekli ile plazma ilaç düzeyinin ölçülmesi, karaciğer fonksiyon testleri, hemogram gibi tedavinin takip edilmesindeki özellikler, ilacın farmakokinetik ve farmakodinamik özellikleri, tolerans ve bağımlılığa yol açıp açmadığı, bilinen farmakogenetik tarafı, allerjik ve idiosenkrazik reaksiyonlara neden olma yatkınlığı yer alır (Pınar 2010). Hekimler tedavi hedeflerini en üst seviyede tutabilmek adına etkili ilaç gruplarından etkililik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet kriterlerine en uygun olan kişisel ilacı hastalara uygulamalıdır (Akbulut 2008).

### **2.2.2.3. Tedavi başarısının, yan etkilerin ve hastanın uyumunun izlemesi**

AİK ilkelerinden bir diğeri ise uygun ilacın verilmesinin ardından hastaların tedaviye uyumlarının, ortaya çıkabilecek istenmeyen yan etkilerinin, hastaların tedaviye yanıtlarının izlenmesidir. Tedaviye uyumun artırılmasında hasta eğitimi, hekimin hastalara ayırdığı zaman, hastalara ilacın kullanımına yönelik yazılı materyaller önemli belirleyiciler arasındadır. İlaçla ilgili hekim tarafından yapılan bilgilendirme dışında, eczanelerde eczacıların, kliniklerde ise hemşirelerin bu sürece katılmaları ve hastanın ilaç alışkanlıklarıyla ilgili bilgi sahibi olunması tedavi başarısı, yan etkilerinin farkında olunması ve hasta uyumu için önemlidir. İlacın kullanılma amacı, ne zaman, nasıl kullanılacağı, tedavi süresi hastalara hekimler ve eczacılar tarafından anlatılmalıdır (Pınar 2010). AİK kararının başarı elde etmesi, hastaların tedaviye olan uyumlarıyla sıkı ilişki içerisinde olup bunun sağlanabilmesi de hasta ve/veya yakınlarıyla hekim arasında iyi bir iletişimi gerektirmektedir (Toprak 2013).

Hastaların kullandıkları ilaçların yan etkilerinin hekimlerce takip edilmesi gerekir. İlaçların istenmeyen etkileri doza bağımlı yalın toksik etkiler ile alerjik ve doza bağımlı olmayan idiosenkrazik etkiler, beklenmedik şekilde ortaya çıkabilen etkiler şeklinde gruplandırılabilir. Hekim, hastalarındaki klinik tablo için seçecekleri ilacı belirlerken bu ilacı muhtemel yalın toksik etkilerine ilaveten tedavi indeksi değerini de göz önünde bulundurmalıdır. Plazma konsantrasyon-yanıt ilişkisinin kurulabildiği ilaçlarda plazma düzeylerinin ölçümüyle etkilerin ve yan etkilerin daha yakından değerlendirilmesi ve doz artırımlarının daha güvenli şekilde yapılabilmesi sağlanır. Uzun dönem kullanılmaları halinde kemik iliği, böbrek, karaciğer, periferik kan hücreleri, kalp ve iskelet kası gibi doku ve organlar ender olsa da toksik etki olasılığı olan ilaçlarla tedavide çeşitli laboratuvar tetkiklerine uygun periyotlarla başvurulabilir (Pınar 2010; Toprak 2013).

### **2.2.2.4. Çoklu ilaç kullanımında, ilaç etkileşimlerinin değerlendirilmesi**

Hastalıkların tedavisi sırasında iki ya da daha fazla sayıda ilacın aynı anda kullanılması gerekebilir. Bu durum çoklu ilaç kullanımı ya da “polifarmasi” dir. Çoklu ilaç kullanımı yalnızca ilaç etkileşimlerinin ve istenmeyen etkilerin ortaya çıkma ihtimalini artırmaz aynı zamanda ortaya çıkan akılcı olmayan ilaç kullanım

şekilleri hastaların tedaviye uyumunu zorlaştırır (SGK 2013; Kutsal 2016). Çoklu ilaç kullanırken bitkisel ürünler ve gıda takviyelerinden uzak durmalıdır. Polifarmasiyi engellemek adına yapılabilecek en önemli davranış biçimi hasta-hekim işbirliğinin tam olarak sağlanması ve net bir şekilde hastanın bilgilendirilmesidir (Yıldırım ve Kılınç 2017).

#### **2.2.2.5. Reçete edilen tedavinin maliyeti**

AİK'e uygun olan bir tedavinin ekonomik olarak da akılcı olması gerekir. Hastalıkların tanı ve tedavi bakımından değerlendirilmeleri farmakoekonominin konusu içerisinde yer alır (Pınar 2010). Farmakoekonomi günümüz dünyasında klinikte uygulanmakta olan bazı tedavi ve tanı yöntemlerinin maliyetlerine göre en verimli ve etkili olarak kullanılmaları ve bu şekildeki kullanımlarına dair yaklaşımların ekonomik analizlerinin yapılmasıyla ilgilenen klinik ekonomi dalı olarak ortaya çıkmıştır. İlaçla tedavi dahil, yeni tıbbi teknolojilerin kullanılmasıyla uygulanacak olan kaliteli tedavi hizmetlerinden toplumun olabildiğince geniş bir kısmının faydalanmasının, kısıtlı kaynak kullanımıyla en uygun şekilde nasıl sağlanacağına dair araştırmalar son yıllarda ciddi bir artış kaydetmiştir (Akkurt 2016).

#### **2.2.3. Akılcı İlaç Kullanımının Akılcılık Ölçütleri**

Akılcılık, XVII. yüzyılda Spinoza, Descartes ve Leibniz gibi düşünürlerin ortak felsefi eğilim ve görüşlerine verilen isim olup “zihnin doğuştan itibaren çeşitli ilkeler veya düşünceler ile donatılmış olan anlayış”ı ifade eder. Sosyolojide “bütün bilginin bir sistem şeklinde ifade edilebileceği ve ilkesel olarak her şeyin bilinebileceği” görüşüne tekabül etmektedir (Abacıoğlu 2005; Akkurt 2016). İlaçta akılcılık ise felsefi akılcılıkla ilaç kullanımı arasında bir ilişki olmasına karşın kullanım dayanakları itibarıyla farklı bir durumdur. İlaç kullanımında akılcılık tıbbi olarak tanı ve tedavi edici olan hekimlik süreçlerinin etkin bir şekilde kullanılmasını, gözlem ve deneye dayalı olarak oluşmuş deneyimlilik durumunu içine alır (Abacıoğlu 2005).

AİK hekimlerce verilen ilaç tedavisinin etkili, güvenli ve ekonomik olarak en uygun şekilde uygulanmasına imkan tanımaktadır. Akılcı davranışlar sergilenebilmesi için ise tarafların iyi niyetli bir yaklaşım sergilemeleri, yeterli bilgi

ve beceriye sahip olmaları gerekmektedir (Toprak 2013; Akkurt 2016). AİK'nin akılcılık ölçütleri tanı, tedavi ve/veya profilaksi ile ilişkili bazı etkinliklere bağlı olup bu ölçütler aşağıdaki gibidir (Akkurt 2016; Barutçu ve ark. 2017):

- İlaç seçimi
- İlaç lojistiğinin belirlenmesi
- İlaç yazma süreci
- Reçete yanıtılama süreci
- İlaç tüketimi
- İlaç bilgisi desteği
- İlaç kullanımında akılcılık

#### **2.2.4. Akılcı İlaç Kullanımında Paydaşlar**

AİK'de paydaşlar sorumluluk taşıyan taraflardır. Bunlar (Şahingöz 2012; Akkurt 2016; Altındiş 2017):

- İlaç kullanım kararını veren hekim
- İlaç sağlayıcı eczacı
- İlaç uygulayıcısı hemşire ve diğer sağlık çalışanları
- Tedaviyi uygulayan hasta ve hasta yakınları
- Devlet
- İlaç endüstrisi
- Eğitim kurumları
- Medya olarak sıralanabilir.

##### **2.2.4.1. Hekimin sorumluluğu**

Hekim hastaya ilaçların etkileri, biyoyararlanım düzeyi, toksik etkileri, kullanılış şekli ve tedavi maliyetleri açısından bütün farkları göz önüne alarak, en doğru tanıyı koymak ve en uygun ilaca karar vermek durumundadır. Akılcı ilaç kullanımında hekim sorumluluğu bu noktada başlamaktadır (Sürmelioğlu ve ark. 2015). Hastalığın tanı aşaması ve tedavide uygun olan ilaç seçimi hekim sorumluluğunda olduğu için AİK'de birinci derecede sorumluluk hekime aittir ve hekim aşağıdaki konularda dikkatli olmalıdır (Altındiş 2017):



- Doğru teşhisin koyulması
- Tedavide ilaç zorunluluğuna doğru karar vermesi
- Doğru ilacın seçimi; ilaçların etki mekanizmaları, yan etkileri, kontrendikasyonları ve etkileşmelerinin yeterince dikkate alınması
- Hastaya uygun şekliyle ilacın seçimi; doğru doz, doğru yol ve doğru sürede kullanımı
- Hasta uyumunun izlenerek tedavi başarısının değerlendirilmesi
- Tedavi maliyetinin hastanın satın alma gücü açısından değerlendirilmesi
- İlacın kolay bulunabilirliği

#### **2.2.4.2. Eczacının sorumluluğu**

İlaçları hazırlama, hastalara verme ve hastaların bilgilendirilmesi eczacının AİK sorumlulukları arasındadır (Sürmelioglu ve ark. 2015). İlaçların yasal olarak temin edilecekleri yerler eczanelerdir. İlaçlar eczanelerde endikasyonlarına göre farklı farmakolojik-terapötik sınıflamalar içinde hastalara sunulmakta olup, hem belirtilen bu ilaçların sunumu hem de hastaların bilgilendirilmesi eczacıların sorumluluğundadır (Şahingöz 2012). Eczacının temel görevleri şunlardır (Toklu 2015):

- İlaç sağlama
- İlaç dağıtımı
- İlaç önerme (Yurt dışında OTC olarak bilinen, tezgah üstü ilaçlar)
- İlaç izleme ve hasta takibi
- Hekimle işbirliği
- Hasta uyumu ve eğitimi

#### **2.2.4.3. Hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının sorumluluğu**

Hastane ortamında AİK'de hekim, eczacı, hemşire ve diğer sağlık çalışanları önemli rol oynar (Şahingöz 2012). Topluma yaygınlaştırılmasında önemli rolleri olan hemşirelik ve ebelik gibi mesleklerin görevleri arasında yer alan aşağıdaki uygulamalar AİK açısından önem taşımaktadır (Ulupınar ve Akıcı 2015):

- Reçete veya istem alma,
- İlaçları muhafaza etme,

- İlacı uygulama,
- Kayıt,
- İzlem,
- Atık yönetimi,
- Eğitim ve danışmanlık

Yetersiz bilgi ve deneyime sahip hemşirelerin AOİK sonuçlarına yol açabileceği, bilgi eksikliklerinin ve uygulama hatalarının hizmet içi eğitimlerle giderilmesi gerektiğini bildirmiştir (Pirinççi ve Bozan 2016).

#### **2.2.4.4. Hasta ve hasta yakınlarının sorumluluğu**

AİK'in talep ayağında en önemli rol hastalarıdır. Hastaların uzmanlara danışmadan ilaç alıp kullanmaları, ilaç tavsiye etmeleri veya başkalarının tavsiyesiyle ilaç kullanmaları, evde ilaç depolama alışkanlıkları, önceki deneyimlerine dayanarak evdeki ilaçlardan kullanmaları, hekim tarafından reçete edilen ilaçları zamanında almamaları, uygun doz ve tavsiye edilen süre kullanmamaları AOİK sorunlarını ortaya çıkarmakta ve sorumluluklar da bu konular hakkında olmaktadır (Akkurt 2016). Hasta ve/veya yakınlarının eğitim düzeyi, yaşadığı bölge, çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı gibi sosyal belirleyicilerin hasta ve yakınlarının AİK sorumluluklarında belirleyici olduğu bildirilmiştir (Sürmelioglu ve ark. 2015).

Ebeveynlerin AİK veya AOİK alışkanlıkları çocuklarına yönelik uygulamalarda da gözlenmektedir. Yürütülen çalışmalarda ebeveynlerin çocuklarına birden fazla ilaç vermesi gerektiğinde, yetişkin ilaçlarının çocuklarına kullanımında, ilacın ölçüğünün kullanılmadığı durumlarda, ilaçların besinlerle karıştırılarak verilmesi gibi uygulamalarda hatalı davrandıkları bildirilmiştir (Yılmaz ve ark. 2013; Kılıç ve ark. 2016; Li ve ark. 2016). Bu yanlış uygulamaların yanı sıra doktor önerisi olmadan çocuklara kullanılan reçetesiz ilaçların kullanılmasında ortaya çıkabilen yan etkilerinin çocuğa vereceği zararların farkında olunmadığı gibi, reçetesiz antibiyotik kullanımından kaynaklanan çocuklarda antibiyotik direnci gibi ciddi sonuçlar ile karşılaşılabilir (Rousounides ve ark. 2011; Kenesarı ve Özçakar 2016; Al-Shawi ve ark. 2018). Gerekli olur diye hekime yazdırılan ilaçların ve evde depolanan ilaçların varlığı kontrolsüz kullanımını arttırmaktadır. Bu durum çocuklara

kullanılacak ilaçların son kullanma tarihine dikkat etmeme, ilacın uygun koşullarda saklanması gibi uygulamalara, tavsiye üzerine ilaç kullanma ve ilaç tavsiye etme gibi AOİK neden olabilmektedir (Özkan ve Öztürk 2012; Ulaş ve ark. 2012; Wondimu ve ark. 2013; İnce ve ark 2014; Ekenler ve Koçoğlu 2016; Akıcı ve ark. 2018).

#### **2.2.4.5. Kurumsal sorumluluklar**

Sağlık personelinin sağlık kuruluşlarına, Sağlık Bakanlığı'ndan geri ödeme kurumlarına, akademiden medyaya, sivil toplum kuruluşlarından bireylere kadar birçok kişi ve kuruluşun akılcı ilaç kullanımında sorumluluğu bulunmaktadır (SGK 2013). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ilaç harcamaları her geçen yıl artmakta, AİK da ilaç harcamalarını kontrol etmek için sunulan farklı yöntemler arasında bulunmaktadır (AİFD 2012). İlaç kaynaklı sağlık harcamalarında Sağlık Bakanlığı tarafından alternatif tedavi yöntemlerine ilişkin bireyler bilgilendirilmeli, toplumu bilinçlendirici programlar hazırlanmalı, reklamlar yayınlanmalı ve daha ucuz alternatif ilaçların yazımı konusunda gerekli önlemler alınmalıdır (SGK 2013). Eğitimlerde kazanılan bilgi ve uygulamaların kalıcı olması için bu süreçlerin idari ve yasal düzenlemeler ile desteklenmesi de önemlidir. Özellikle bu konuya ilişkin ilaç politikalarının hazırlanması ilaçlardan beklenen yarara ulaşılmasıyla mümkün olabilecektir (Aydın ve Gelal 2012). İlaç atıklarının kontrollü bir şekilde toplanması, imhası ve toplumun bu konuda bilinçlendirilmesi bir diğer kurumsal sorumluluklardandır. Ülkemizde ilaç atığının toplanmasına ilişkin önemli sorunlar yaşanmakta ve evsel uygulamalarda ilaçlar genellikle ev çöpüne atılmaktadır. Sağlık kuruluşlarında da çok önemli olan atık yönetimi yanlış uygulamalar sonucunda bireye, kurum çalışanlarına, topluma ve çevreye zarar vermekte ve ciddi ekonomik kayıplara yol açabilmektedir. Hekimler, eczacılar, belediye yetkilileri, il sağlık müdürlükleri bu konuda bireyleri bilgilendirmelidir (SGK 2013; 2013a).

#### **2.2.5. Akılcı İlaç Kullanımının Hasta Güvenliğini Sağlama Açısından Önemi**

Hasta güvenliğine dair uygulamalar, hastaya zararlı olabilecek tıbbi hataların en aza indirilmesini sağlayan süreç ve işlemlerdir. Bu uygulamalar sağlık çalışanları, hastalar, politikalar ve prosedürler arasındaki etkileşime dayalı olarak sağlık hizmetleri içinde sunulmaktadır (Barutçu ve ark. 2017). Sağlık hizmeti sunumu

neticesinde çoğunlukla başarı elde edilmekle birlikte bazı durumlarda ise tıbbi hatalardan ötürü başarısızlık ortaya çıkabilmektedir. Tıbbi hata, uygulanan bilimsel tedavi yöntemi ya da uygulamalar dışında sağlık çalışanlarının dikkatsizlikleri, yanlış uygulamaları ya da kullanılan teknoloji nedeniyle ortaya çıkan ve hastaların hastanede kalış süresinin artmasına yol açan, sağlıklarını bozan, diğer bir ifadeyle hastalara zarar veren ya da onların ölümlerine neden olabilen uygulamalardır (Wong ve Beglaryan 2004).

Günümüzde teknoloji alanında gelişim ve reçete sayısındaki artışa bağlı olarak ilaç hatalarında da artış yaşanmaktadır. İlaçların yan etkileri, yatan ya da ayakta tedavi gören hastalarda hastalık ve ölüm oranındaki artışın en önemli nedenleri arasındadır. Hatalı ilaç uygulamalarının %57,5'inin herhangi bir klinik sonuca yol açmadığı, %35,4'ünün küçük sorunlara neden olduğu, %1,4'ünün ciddi hasarlara neden olduğu ve %0,4'ünün ise ölüme yol açtığı bildirilmektedir (Toprak 2013).

Yanlış ilaç kullanımının neden olduğu dolaysız maliyetleri üzerinde bir çalışma bulunmamasıyla birlikte, önlenebilir hatalar verimlilikte azalmaya, ücret kaybına, işe devamsızlığa ve travmalara neden olabilmektedir. Tıbbi hataların yanı sıra hasta güvenliğini riske atan diğer bir husus etik sorunlardır. İlaç endüstrisiyle sağlık çalışanları arasında etik olmayan ilişkilerde her geçen gün bir artış olduğu görülmektedir. Etik olmayan ilişkilerin başında alternatif ilaçlara dair eksik bilgi verme ve hekimleri yanlış bilgilendirme, yeni ilaçların daha kolay bir şekilde reçete edilmesi, reçete sayısında artış ve reçete maliyeti, gerekli olmamasına karşın ilaç yazılması, etkisi aynı olan ilaçlardan pahalı olanlarının reçete edilmesi, daha avantajlı ilaçların tercih edilmemesi gibi önemli sorunlar yer alır (Toprak 2013).

İlaç kullanımında hastalara zarar vermekte olan diğer bir husus da reçetelerin okunabilme ve anlaşılabilme sorunudur (Toklu 2015). Türkiye'de AİK reçete ile ilgili yaşanan sorunların çözümüne yönelik 01.07.2012 tarihi itibarıyla e-reçete uygulamasına geçilmiş, 01.01.2013 itibarıyla de bu uygulama zorunlu hale gelmiştir. e-reçetenin pek çok avantajı söz konusudur. Hekimler açısından bakıldığında hekimin bilgisi ve kontrolü dışında o hekime ait ya da sağlık hizmet sunucusunun adı kullanılarak reçete yazılmasının önüne geçildiğinden sahte reçetelere mani

olunmaktadır. Hasta güvenliği bakımından ele alındığında ise manuel reçetede hekim yazısı ya da farklı değerlendirmelere bağlı olarak yanlış ilaç verilmesi durumu ortadan kalkacaktır. Manuel reçetenin yazılacağı istisnai durumlar ise aşağıdaki şekilde belirlenmiştir (AEO 2014; TEB 2016);

- Kamu kurumları bünyesinde kurumların hekimliklerinde, toplum sağlığı merkezlerinde, anne-çocuk sağlığı ve aile planlaması merkezlerinde, işyeri hekimliklerinde, 112 acil servislerinde, verem-savaş dispanserlerinde üniversitelerin mediko-sosyal departmanlarında, Türk Silahlı Kuvvetlerinin 1., 2., ve 3. basamak sağlık hizmet sunucularında düzenlenmekte olan reçeteler,
- Allerji aşıları reçeteleri, majistral ilaçları içeren reçeteler,
- Bireye özel yurt dışından getirilen ilaçları içeren reçeteler,
- Yabancı ülkeler ile yapılan sosyal güvenlik sözleşmeleri kapsamında sağlık hizmetinin verildiği kişilere düzenlenen reçeteler,
- Sağlık uygulama talimatınının 3.1.3. maddesinin 2. fıkrasının b maddesinde tanımlanan ve medula hastane sisteminden provizyon alınanmasına karşın sağlık hizmeti sunulması halinde düzenlenen reçeteler,
- Acil servislerde düzenlenmekte olan reçeteler,
- Aile hekimleri tarafından mobil hizmet kapsamında düzenlenen reçeteler,
- Evde bakım hizmeti kapsamında düzenlenmekte olan reçeteler,
- Medula sisteminin ve/veya sağlık hizmet sunucusuna ait sistemin çalışmamasından ötürü e-reçetenin düzenlenemediği durumlarda düzenlenen reçeteler.

### **2.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı**

AİK ile ilgili yapılan tanımlamanın ve AİK temel kriterlerinin aksi durumu Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı (AOİK) olarak ifade edilmektedir (Parlak 2015). AOİK günümüzdeki en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. AOİK antibiyotiklere karşı dirençli bakterilerde artışa ve sonucu olarak tedavilerin etkinliğini ve başarısının azalmasına yol açmaktadır. Ters ilaç reaksiyonları ortaya çıktığında ise topluma ve hastaya ciddi ekonomik maliyetler yüklemektedir. AOİK üzerine yapılan çalışmalarda ifade edilen temel sorunlar arasında ilaçların yanlış

kullanılması, gereğinden çok ilaç reçete edilmesi, gereksiz antibiyotik kullanımı, gereksiz olarak pahalı ilaç kullanımı gibi sorunlar yer almaktadır. (Hatipoğlu ve Özyurt 2016). DSÖ tahminlerine göre bütün ilaçların yarısından fazlası uygun olmayan bir şekilde reçetelenmekte, dağıtılmakta veya satılmaktadır. Diğer bir ifadeyle hastaların yaklaşık %50'si ilaçları doğru bir şekilde kullanmamaktadır (WHO 2005). Endikasyon açısından doğru olmayan ilaç seçimi ve bu duruma bağlı olarak da yanlış tedavi uygulanması, etkinliği şüpheli olan ilaçların kullanılması, güvenilir ve etkili ilaç sağlama konularındaki yetersizlik ve doğru ilacın uygun olmayan doz, süre ve farmasötik şekilde kullanılması akılcı olmayan ilaç kullanımının diğer özellikleri arasında yer almaktadır (Parlak 2015). AOİK nedenleriyle sağlık harcamalarında da büyük kayıp yaşanmaktadır. Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının yaklaşık %10-15'i ilaç harcamalarına ayrılmakta iken bu oran Türkiye'de %40 dolayındadır (Hatipoğlu ve Özyurt 2016).

### **2.3.1. Akılcı Olmayan İlaç Kullanım Şekilleri**

Akılcı olmayan ilaç kullanım şekilleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (WHO 2010; Akkurt 2016):

- Çoklu ilaç kullanımı (polifarmasi)
- Uygun olmayan tedavisel ilaç kan düzeyleri
- Antibiyotik profilaksisinin uygun olmayışı
- İlaç-besin ve ilaç-ilaç etkileşimleri
- Yanlış uygulama yöntemleri
- Gereksiz vitamin/mineral takviyesi
- Uzun dönemli paranteral tedavi
- Hasta bilgilendirme konusundaki yetersizlikler
- Yanlış hazırlanma
- Yanlış saklama koşulları
- Yanlış imha yöntemleri

### **2.3.2. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Nedenleri**

AOİK altında sosyokültürel, ekonomik, yönetsel, eğitim gibi pek çok faktör yer almaktadır (Yılmaz ve ark. 2014). AOİK'na neden olan faktörler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Parlak 2015):

- Hastalardan kaynaklı faktörler
- Hekimlerden kaynaklı faktörler
- Eczacılar kaynaklı faktörler
- İlaç sağlama sistemlerinden kaynaklı faktörler
- Sağlık sistemi ve düzenleme mekanizmalarından kaynaklı faktörler
- İlaç promosyonlarından kaynaklı faktörler

### **2.3.2.1. Hastalardan kaynaklı faktörler**

Hastanın uyumu, bireysel bir etmen olarak idiosenkrazi, hastanın bilişsel, fizyolojik, tedaviye bakışı gibi faktörlerden etkilenmektedir (Toklu 2015). Yanlış ya da olmayan ilaç bilgisi, yanlış inanış ve saplantılar, yanlış beklenti ve talepler, yaygın kendi kendini tedavi (self-medication) hastalardan kaynaklı AOİK faktörleri arasında yer alır (Parlak 2015; Sürmelioglu ve ark. 2015).

Hastalardan kaynaklı nedenler tedaviye uyum eksikliği, hastanın reçetesiz ilaç kullanma alışkanlığı, hastanın jenerik ilaçlar hakkındaki önyargıları, hastanın bilgi eksikliği ve bilgilendirilme konusundaki isteksizliği ve hastanın reçete ile karşılaşma sürecinde aceleci davranması şeklinde sıralanabilir (Toklu 2015).

### **2.3.2.2. Hekimlerden kaynaklı faktörler**

Objektif ilaç bilgi eksikliği, eğitim yetersizliği, pratik eksikliği, sınırlı bilginin genellenmesi, ilaçların etkinliğine dair yanlış inanışlar, yoğun hasta yükü, ilaç reçeteleme konusundaki baskı ve bu sosyopolitik-yönetsel baskılara boyun eğme, labotaruvar olanaklarının ve sağlık çalışanı sayısının yetersizliği gibi faktörler hekimlerden kaynaklı AOİK nedenleri arasında yer almaktadır (Parlak 2015; Akkurt 2016).

Genel olarak hekimlerden kaynaklı faktörler arasında etik sorunlar, lisans eğitiminin gerçek hayatla örtüşmemesi, firma baskısı/promosyon, eczacı ve hasta ile iletişim sorunları, zaman sorunu, bilgi güncellenmemesi yer alır (Toklu 2015).

### 2.3.2.3. Eczacılardan kaynaklı faktörler

Meslek içi eğitim eksikliği, eczacılık eğitiminin farmasötik bakım hizmetlerine hazırlık noktasında yetersiz kalması ve yeniden düzenleme ihtiyacı gibi faktörler eczacılardan kaynaklı AOİK nedenleri arasında yer almaktadır (Parlak 2015; Akkurt 2016). Eczanelerde çalışan eczacı kalfası veya teknisyenlerinin ilaç verme, ilaç kullanımını tarif etme gibi yetkileri yoktur. Ancak eczacılar iş yükünü hafifletme vb. amaçlarla hastalar ve doktorlar ile sağlamaları gereken işbirliğini yardımcı olarak çalıştırdıkları kişilere yükleyerek AOİK sorunlarına neden olmaktadır (Sürmelioglu ve ark. 2015).

Eczacılardan kaynaklı nedenler arasında etik sorunlar, lisans eğitiminin gerçek hayatla örtüşmemesi, hekim ve hasta ile iletişim sorunları, farmakovijilans uygulamaları konusunda yetersizlik, zaman sorunu, ekonomik kaygılar ve bilgilerin güncellenmemesi yer alır (Toklu 2015).

Türkiye’de ilaçların üzerinde *Reçetesiz Verilmez* ibaresi olmasına rağmen, ilacın eczaneden rahatça alınabilmektedir. Henüz ülkemizde uygulanmayan ve sık görülen bazı hastalıklarda müsaade edilen ilaçları hekim reçetesi olmadan hastanın alabilmesi için çıkarılan “ tezgah üstü ilaç satışı (OTC: over the counter)” olarak adlandırılan farklı bir uygulama söz konusudur. Müsaade edilen bu ilaçların rahatlıkla alınabiliyor olması AOİK artırabilmektedir (Sürmelioglu ve ark. 2015).

### 2.3.2.4. İlaç sağlama sistemlerinden kaynaklı faktörler

Eczanelerde reçetesiz ilaç satılması, gereken zamanda ve gerektiği kadar ilacın bulunamaması, güvenilir olmayan ve süresi dolmuş ilaçlar gibi faktörler ilaç sağlama sistemlerinden kaynaklı AOİK nedenleri arasında yer almaktadır (Parlak 2015; Akkurt 2016).

İlaç sağlama sistemlerinden kaynaklı nedenler şu şekilde sıralanabilir: provizyon ve geri ödeme sistemi ile ilgili sorunlar, akademisyenlerin güncel eczacılık uygulamalarından uzak kalması, eczane hizmetlerinin standardize edilmemesi ve iyi eczacılık veya hekimlik uygulamalarının teşvik edilmemesi (Toklu 2015).



### **2.3.2.5. Sağlık sistemi ve düzenleme mekanizmalarından kaynaklı faktörler**

Temel ilaç listelerinin olmaması ve/veya standart tanı tedavi kriterlerinin bulunmaması, uygun olmayan ilaç politikaları AOİK nedenleri arasında ilk sıralardadır (Sürmelioglu ve ark. 2015). Etkisiz ya da etkisi olmayan ilaç politikaları, etkin olmayan denetim sistemi ve ruhsatlandırma gibi düzenleme sistemlerindeki yetersizlik, mevcut yetersizliği ve/veya yaptırım gücünün az olması, ilaç endüstrisinin etkisi ile ilaç fiyatlandırma sistemi ve denetimindeki boşluklar gibi faktörler sağlık sistemi ve düzenleme mekanizmalarından kaynaklı AOİK nedenleri arasında yer almaktadır (Parlak 2015; Akkurt 2016).

### **2.3.2.6. İlaç promosyonlarından kaynaklı faktörler**

Yasal olmayan promosyonlar veya aşırı promosyonlar, uygun olmayan talepler, yetersiz ve yanlış bilgilendirme ve taraflı bilgilendirme gibi faktörler ilaç promosyonlarından kaynaklı AOİK nedenleri arasında yer almaktadır (Sürmelioglu ve ark. 2015).

### **2.3.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımında Hataların En Fazla Yaşandığı İlaç Grupları**

Akılcı olmayan ilaç kullanımında hataların en fazla yaşandığı ilaç grupları aşağıdaki gibidir (Toprak 2013; Akkurt 2016):

- Antibakteriyel ilaçlar
- Kardiyovasküler sistem ilaçları
- Oral antikoagulanlar
- Teofilin
- Antineoplastik ilaçlar

Ülkemiz ilaç piyasasından 2012’de %11,8’lik oran ile değer bazında en fazla harcamanın yapıldığı ürün grubu antibiyotikler olup antibiyotikleri %9,6’lık oran ile kardiyovasküler sistem ilaçları, %7,5’lik oran ile kanser ilaçları, %6,1’lik oran ile ise sinir sistemi ilaçları takip etmektedir. 2005 yılında %18,9’luk bir orana sahip olan antibiyotiklerde yıllar itibariyle bir azalma söz konusu iken %5,9’luk paya sahip

onkoloji ilaçları ile %3,8'lik orana sahip olan sonulum sistemi ilaçları oranında ise artış gerçekleşmektedir (Toprak 2013).

Pratikte ise en fazla gözlenen ilaç hata türleri ise aşağıdaki gibidir (Toprak 2013; Akkurt 2016):

- İlaçların ruhsatında belirtilen şekilde kullanılmaması
- Reçete hataları
- İlaçların uygulanması sürecinde kayıt ve hazırlama hataları (İlacın yanlış zamanda verilmesi, yanlış doz veya yanlış sürede verilmesi)

Ayrıca hem eczacılar hem hekim hem de ilaç sağlama sistemi ile ilgili AOİK nedenleri arasında reçeteden kaynaklı sorunlar bir diğer önemli konular arasındadır. Reçeteden kaynaklanan sorunlar arasında ilk sıralarda (Toklu 2015):

- Okunaksız yazı,
- Piyasada bulunmayan ilaçlar,
- Reçete eksiklikleri,
- Etken madde yazılmaması,
- E-reçete ile ilgili sorunlar yer almaktadır.

#### **2.3.4. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Sonuçları**

Akılcı olmayan ilaç kullanımının sonuçları aşağıdaki gibi sıralanabilir (Şahingöz 2012; Parlak 2015; Akkurt 2016):

- Yan etkilerde artış
- İlaç etkileşimleri
- Mikrobiyal dirençte artış
- Hastanede kalma süresinde artış
- Hasta uyumunda düşüş
- Maliyet artışı

AOİK'da toplumsal açıdan pek çok sorun ile karşılaşılabilmekte olup bu sorunlar arasında ilaçla tedavinin artışı ve tedavi kalitesindeki azalmaya bağlı morbidite ve mortalite artışı ilk sırada yer almaktadır. Maddi kaynakların yanlış tüketimi sonucu temel ilaçların temin edilemez hale gelmesi ve tedavi

maliyetlerindeki artışa bağlı olarak acil ve temel ilaçlara karşı ortaya çıkan direnç ve ilaçların yan etkilerinde meydana gelen artış da diğer önemli sorunlar arasındadır. Hastaların ilaç bağımlısı haline gelmesi ve gerek duyulmamasına karşın ilaç talebindeki artış da toplumsal sorunlar arasında gösterilmektedir (Şahingöz 2012).

#### 2.4. Antimikrobiyal Direnç

Antimikrobiyal direnç (AMD), mikroorganizmaların (bakteri, mantar, virüs ve parazitler gibi) antimikrobiyal ilaçlara (antibiyotikler, antifungaller, antiviraller, antimalaryaller ve antelmintikler gibi) karşı direnmesi ve varlığını sürdürmesidir. “Süperböcekler” olarak adlandırılan bu mikroorganizmalar, sürekli artan enfeksiyonların tedavisini tehdit etmekte, uzun süreli hastalık, sakatlık ve ölümlere neden olmaktadır (WHO 2018).

AMD genellikle genetik değişiklikler yoluyla ya da doğal olarak zamanla oluşabildiği gibi antimikrobiyallerin soğuk algınlığı ve grip gibi viral enfeksiyonları olan kişiler tarafından alınması gibi yanlış kullanımlar ve aşırı kullanımları bu süreci hızlandırmaktadır (WHO 2018). Amerika ve Avrupa'da bir yılda yaklaşık 50.000 kişinin AMD nedeniyle öldüğü ve küresel olarak 700.000 kişiden fazla ölüm olduğu 2050 yılında ise AMD'in 10 milyon ölüme neden olabileceği tahmin edilmektedir (O'Neill 2016). Enfeksiyonların önlenmesi ve tedavisi için etkili antimikrobiyaller olmaksızın, organ nakli, kanser kemoterapisi, diyabet yönetimi ve majör cerrahi (sezaryen, kalça replasmanları vb.) gibi medikal prosedürlerde AMD, hastanelerde daha uzun süreli kalırlara ve daha fazla yoğun bakım gerektiren tedavilere ve sağlık hizmetlerinin maliyetinde artışlara yol açmaktadır (WHO 2018).

Avrupa Birliği ülkeleri, Amerika ve Hindistan'da her 4 dakikada bir çocuğun antibiyotiklere dirençli olan bakterilerin neden olduğu bir enfeksiyondan öldüğü tahmin edilmektedir (AMR 2016). Günümüzde *Klebsiella pneumoniae* ve *suşları*, *E. coli*, *N.gonorrhoea*, *Staphylococcus aureus*, *P. falciparum* *malaria*, *M. Tuberculosis*, *HIV* gibi mikroorganizmalara karşı direnç gelişmiş, dünyada bu durum yaygın halde gelmiştir. DSÖ, 2014 yılında yaklaşık 480.000 yeni çok ilaca dirençli tüberküloz (MDR-TB) vakası olduğunu ve bunların sadece dörtte birinin (123 000 vaka) rapor edildiğini bildirmiştir. Avusturya, Slovenya, Güney Afrika, Kanada, Fransa, Japonya, Norveç, Avustralya, İsveç, Birleşik Krallık ve Kuzey İrlanda gibi

en az on ülkede gonore tedavisinde kullanılan üçüncü kuşak sefalosporin grubu antibiyotiklere karşı direnç geliştiği ve tedavilerde başarısızlığa neden olduğu bildirilmiştir. DSÖ, *Staphylococcus Aureus*'un neden olduğu enfeksiyonları tedavi etmek için birinci kuşak ilaçlara direncin yaygın olduğu, *Metisiline dirençli Staphylococcus aureus (MRSA)*'lu kişilerin enfeksiyona dirençli olmayan kişilere göre ölüm olasılığının %64 daha fazla olduğu bildirmiştir (WHO 2018).

AMD nedeniyle yeni direnç mekanizmaları ortaya çıkmaktadır. Bu durum yaygın bulaşıcı hastalıkları tedavi etme yeteneğini tehdit etmekte ve küresel halk sağlığı için gittikçe artan bir tehdit oluşturmaktadır. Toplum farkındalığının artırılması, antibiyotiklerin tarımsal ve çevresel alanlarda kullanımının azaltılması, sanitasyon ve hijyen çalışmalarının artırılması, bağışıklama ve erken tanı, sürveyans çalışmalarının başlatılması veya sürveyans sistemlerinin etkin hale getirilmesi gibi bir dizi önlemler ile AMD azaltılabileceği bildirilmiştir (O'Neill 2016). Ülkemizde de giderek artan bu sorunu önlenmesi, kontrol altına alınması için ulusal stratejiler geliştirilmesi amacıyla 2011 yılında Ulusal Antimikrobiyal Direnç Sürveyans Sistemi (UAMDSS) kurulmuştur. UAMDSS'de antibiyotiklerin akılcı kullanımı için stratejilerin teşvik edilmesi ve antibiyotik tüketim sürveyansının güçlendirilmesi hedefler arasında gösterilmiştir (Kılıç 2015; Şimşek 2015 ss.12).

#### **2.4.1. Antibiyotik Direnci**

Antibiyotikler, bakteriyel enfeksiyonları önlemek ve tedavi etmek için kullanılan ilaçlardır. Bu ilaçların kullanımına bakterilerin yanıtı değiştiğinde antibiyotik direnci oluşur (WHO 2018a). Bireylerin kendi kendine antibiyotik kullanımı, antibiyotik tedavisini erken bırakmaları gibi bilinçsiz kullanım hastaya her defasında daha güçlü ve geniş kapsamlı antibiyotik verme ile sonuçlanabilir (SGK 2013). Eğer etkili antibiyotikler olmazsa majör cerrahi tedaviler ve kemoterapi tedavilerinden başarılı sonuçlar alınamaz. Dirençli enfeksiyonları olan hastaların sağlık bakım maliyeti, daha uzun hastalık süresi, ek testler ve daha pahalı ilaçların kullanımı dirençsiz enfeksiyonlara sahip olan hastalara göre daha yüksek orandadır. DSÖ 2016 yılında 490 000 kişinin çok ilaca dirençli tüberkülozu olduğunu ve gelişen bu ilaç direncinin de HIV ve sıtmaya karşı mücadeleyi zorlaştırdığını bildirmiştir (WHO 2018).

Antibiyotik direnci, günümüzün küresel sağlığı, gıda güvenliği ve gelişimi için en büyük tehditlerden biridir. Antibiyotik direnci doğal olarak oluşur, ancak insanlarda ve hayvanlarda antibiyotiklerin yanlış kullanımı süreci hızlandırmaktadır. Pnömoni, tüberküloz, gonore ve salmonelloz gibi artan sayıda enfeksiyonun tedavi edilmesinde kullanılan antibiyotikler daha az etkili hale geldikçe tedavi etmek gittikçe zorlaşmakta, daha uzun hastane yatışlarına, daha yüksek tıbbi maliyetlere ve artan mortaliteye yol açmaktadır (SB 2018; WHO 2018a). Antibiyotik direnci herhangi bir ülkede herhangi bir yaştaki herkesi etkileyebilir (WHO 2018a). Araştırmalara göre Asya ve Afrika'da hastaneye yatırılan her iki hastadan birine, Avrupa'da ise her üç hastadan birine antibiyotik tedavisi başlandığı gözlenmiştir (AMR 2016). DSÖ verilerine göre ülkemizin kişi başı antibiyotik tüketiminde birinci sırada yer aldığı belirlenmiştir (AEO 2014). Suudi Arabistan, Ürdün, Endonezya, Çin ve Türkiye'de yürütülen çalışmalarda yetişkinler arasında reçetesiz antibiyotik kullanma oranlarının %15,8-%65,6 arasında değiştiği bildirilmiştir (Widayati ve ark. 2011; Özkan ve ark. 2012; Shehadeh ve ark. 2012; Ekenler ve Koçoğlu 2016; Al-Harbi ve ark. 2017). Yetişkinlerin çocuklarına yönelik kullanımlarını da etkileyen bu durum nedeniyle çocuklar arasında reçetesiz antibiyotik kullanma prevalanslarının %8,1- %58,0 arasında olduğu bildirilmiştir (Koç Türkoğlu 2008; Kenesarı ve Özçakar 2016; Li ve ark. 2016; Di Martino ve ark. 2017; Al-Shawi ve ark. 2018).

Günümüz ekonomik ve teknolojik koşullarının gelişmesi, uluslararası seyahat sıklığının artması dünyanın herhangi bir bölgesinde meydana gelen antibiyotik direnci sorunu çok kısa süre içinde tüm dünyayı kapsayan bir boyuta ulaştırmaktadır (SB 2018b). Antibiyotik direncinin oluşmasına karşı hem sağlık hem de veterinerlik hizmetlerinde yürütülen antibiyotik yönetimi ve kamuoyunu bilinçlendirme ve eğitim kampanyalarının antibiyotik direncini azalttığı gösterilmiştir (AMR 2016). Antibiyotik kullanımının azaltılması, antibiyotik direncinin önlemesi ve kontrol altına alınmasında kişilerin, politika yapıcıların, sağlık profesyonellerinin ve tarım sektörünü de içine alacak şekilde ilgili tüm sektörlerin farkındalık çalışmaları yapması ve sorumluluklarının farkında olması, uluslararası düzeyde yasal düzenlemeler yapılması gerekmektedir (Topal ve ark. 2015; WHO 2018a). antibiyotik direncine karşı bireysel düzeyde yapılacaklar arasında aile hekimlerinin hastayla görüşme süreçlerinde bilgilendirme fırsatlarını iyi değerlendirmeleri,

antibiyotik kullanımı konusunda hem hekimlerin hem de bireylerin daha duyarlı davranmalı ve doğru eğitim uygulamaları geliştirmeleri gerekmektedir (Keneasarı ve Özçakar 2013).

## 2.5. Türkiye'de ve Dünyada Farmakovijilans Çalışmaları

Farmakovijilans akılcı olmayan ilaç kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan, beklendik ya da beklenmedik yan etkilerdeki artışı ifade etmekte olup ilaçların yan etkilerinden korunma ve bunların araştırılmasını kapsamaktadır. Bu terim günümüzde ilaçlar haricinde bitkisel ürünler, geleneksel ve tamamlayıcı tıbbi ürünler, biyolojik ürünler, tıbbi cihazlar, kan ürünleri ve aşıları da içine almaktadır (Soyalın ve ark. 2012). DSÖ tarafından ise farmakovijilans, “yan etkilerin ve ilaca bağlı diğer sorunların tespit edilmesi, bunların anlaşılması, değerlendirilmesi ve önlenmesiyle ilgilenen bilim ve bu husustaki aktiviteler” şeklinde tanımlanmaktadır (WHO 2006). DSÖ ile ortaklaşa gerçekleştirilmiş olan “Hastalardan Yan Etki Bildirimi Toplama” pilot projesi kapsamında Türkiye Farmakovijilans Merkezi'ne (TÜFAM) yapılmış olan başvurularda ilk sırayı %16 ile antibiyotiklerin, ikinci sırayı ise %13'lük oran ile non-steroidal antiinflamatuar ilaçlar ve antineoplastik ilaçların aldığı bildirilmiştir. Bu proje kapsamında TÜFAM kullanılarak gönderilen yan etki raporları incelendiğinde %57'sinin hastalar, %31'inin eczacılar, %9'unun hekimler ve %3'ünün de diğer sağlık çalışanlarınca gönderildiği bildirilmiştir (Öncü 2013).

Miktar ve maliyet bakımından ilaç harcamaları değerlendirildiğinde 2010 yılında kutu adedi baz alınarak yapılan satış sıralamasında sindirim sistemi ilaçları, solunum sistemi ilaçları ve sistemik kullanım için antiinfektif preparatlar ilk üç sırada yer almıştır. Aynı çalışmanın maliyet sıralamasında ise ilk üç sırada antiinfektif ilaçlar, sindirim sistemi ve metabolizma ilaçları ve kardiyovasküler sistem ilaçları yer almıştır (SB 2018). Türkiye'de 2002 itibariyle ilaç tüketimi 789 bin kutu iken 2011 yılında bu sayı 1.7 milyona ulaşmış olup, bu durum akılcı olmayan ilaç kullanımındaki artışı açık bir şekilde gözler önüne sermiştir. Bununla birlikte 2012'de ilaç harcamalarının 2011 yılına göre %4 dolayında azalarak son dört yılın en düşük seviyesine gerilediği bildirilmiştir. Yine 2009 yılında 16 milyar dolayında ilaç harcaması gerçekleşmiş iken 2010'da 15 milyar, 2011'de 15.2 milyar, 2012'de ise yaklaşık %9,1'lik bir düşüş kaydederek 13.86 milyarlık ilaç harcaması yapıldığı,

2014'te 17.6 milyar dolayında, 2015'de ise 16.9 milyarlık ilaç harcaması yapıldığı rapor edilmiştir (Aitken 2015). Ancak bu durum akılcı olmayan ilaç kullanımında bir düşüş yaşandığı anlamına gelmemektedir. Zira kutu bazındaki ilaç satış rakamlarına bakıldığında 2011-2012 arası dönemdeki değişim yalnızca %1'dir. Bu durumun muhtemelen kamu ilaç satın alma politikasına bağlı olarak ortaya çıktığı söylenebilir. Türkiye'de genel sağlık sigortasının yaygın bir şekilde kullanılmasına bağlı olarak ilaç harcamalarının hemen hepsi kamu tarafından karşılanmaktadır. Bu nedenle de kamu fiyatlandırma ve geri ödemede stratejileri belirleyerek maliyeti düşürebilmektedir. Ülkemizde 2002-2010 yılları arasında kutu bazında ilaç harcamaları %76 büyüme göstermesine karşın, harcamada artış %41 olarak bildirilmiş ve bu uyumsuzluk açık bir şekilde gözlenmiştir (TSSR 2012).

## **2.6. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımında Mücadele**

AOİK sorunların ortadan kaldırılmasına yönelik aşağıda belirtilen hususlar etkili olabilir (Şahingöz 2012; Parlak 2015; Akkurt 2016);

- AİK tarafların sorumlulukları yerine getirmesi sağlanmalı
- Sağlık çalışanlarına mezuniyet öncesi, sürekli ve hizmet içi eğitimler planlanmalı
- Halk eğitimleri düzenlenmeli ve medyanın rolü arttırılmalı
- Temel ilaç listeleri ve standart tanı/tedavi rehberlerinin kullanımı arttırılmalı
- Yönetimsel ve düzenleyici müdahaleler yapılmalı, denetimler arttırılmalı ve geri bildirim mekanizmaları oluşturulmalı
- Güvensiz ve şüpheli ilaçlar yasaklanmalı
- Akılcı tedavi süreci uygulanmalıdır.

### **2.6.1. Akılcı Tedavi Süreci**

Hastaların reçeteli ya da reçetesiz ilaç kullanımı konusunda DSÖ tarafından belirtilen aşağıdaki konularla ilgili olarak bilgilendirilmeleri gerekir (WHO 2010):

### **2.6.1.1. İlacın etkisi**

İlacın ne için kullanılacağı, hangi belirtilerde düzelme olacağı ya da olmayacağı, ilacın etkisinin ne zaman başlayacağı, düzensiz ya da yanlış ilaç kullanılması durumunda nasıl bir sonuç ortaya çıkacağına dair hastalara bilgi verilmelidir.

### **2.6.1.2. İlacın yan etkileri**

İlacın kullanılmasına bağlı olarak hangi yan etkilerin ortaya çıkabileceği, yan etkilerin nasıl tanınacağı, bu yan etkilerin tahmini olarak ne kadar devam edeceği, ciddiyeti, bu yan etkilerin görülmesi durumunda ne yapılması gerektiğine dair hastalara bilgi verilmelidir.

### **2.6.1.3. İlacın uygulanması**

İlacın ne zaman ve nasıl uygulanması gerektiği, süresi ve ilacın saklanma koşulları, kullanılmayacak olan ilaçların ne olacağı gibi konularda hastalar bilgilendirilmelidir.

### **2.6.1.4. Uyarılar**

İlacın alınmaması gereken zaman, maksimum dozu, ilacın kullanılması için önerilen doz ve önerilen sürede kullanılmaması halindeki sonuçlara dair hastalara bilgi verilmelidir.

### **2.6.1.5. Sonraki randevu**

Hastaların kontrol dönemi ve hangi durumlarda tekrar başvurmaları gerektiği konusunda bilgilendirilmesi gerekir.

## **2.7. Akılcı İlaç Kullanımında DSÖ'nün Ülkelere Önerileri**

- Geri ödeme kararlarının bildirilmesi ve temel ilaçlara erişim sağlanması için Ulusal Düzeyde Temel İlaçlar Listesi geliştirmeli,
- Ulusal ilaç tedarik sistemlerinin, ilaçların sorumlu kullanımı için yatırım yapılmalı,



- İlaçların aşırı kullanılmasını, kullanılmamasını veya kötüye kullanılmasını önlemek için erken tarama yapılmalı ve doğru tanıya odaklanılmalı,
- Kanıta dayalı tedavi kurallarının uygulanması kolaylaştırılmalı,
- Tedaviye uyumu en üst düzeye çıkarmak için hastaları tedavi merkezine yerleştiren girişimler teşvik edilmeli,
- Satın alma işleminden sağlık sonucuna kadar tıp kullanımı izlemeli, tedavinin etkinliğini değerlendirilmeli ve kanıt temelli politikaların oluşturulması yönlendirmeli,
- Ulusal makamların sürekli taahhütleri sağlanmalı, reçete yazanların, hastaların ve dağıtıcıların ilaçların sorumlu kullanımını teşvik eden ilkelere ve politikalara aktif katılım teşvik edilmelidir (WHO 2012).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Bu araştırma Kırklareli İli Pınarhisar İlçesi Merkez ve köylerinde 15.06.2015 ve 13.03.2016 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

#### 3.2. Araştırmanın Tipi

Araştırma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Kırklareli ili Pınarhisar Merkez ilçe Toplum Sağlığı Merkezine (TSM) bağlı 3 tane Aile Sağlığı Merkezi (ASM) vardır. Araştırmada bu ASM'ye kayıtlı 0-59 ay çocuğu olan toplam 677 anne araştırmanın evrenini oluşturmuş, oranlarda evreni bilinen örnek büyüklüğü formülü kullanılarak %95 Güven Aralığı, 0,05 hata payı, %50 bilinmeyen prevalans ile hesaplanan örnek büyüklüğü 246 olarak belirlenmiştir. Örnek büyüklüğü %30 arttırılarak 320 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmada sistematik örnekleme yöntemi kullanılmıştır. ASM'ne kayıtlı 59 aydan küçük çocuğu olan annelerin listeleri elde edilmiş, evrenin örnek büyüklüğe oranına göre, ikişer kişi atlanarak listelerden kimlere gidileceği belirlenmiştir. Bu kişilere telefon ile ulaşılmış, randevu alınarak evlerinde ziyaret edilmiştir. Telefon ile ulaşılmayan ve adresleri bilinen anneler doğrudan evlerinde ziyaret edilmiş, iki farklı zamanda yapılan ev ziyaretine rağmen evlerinde bulunamayan anneler araştırmada kapsam dışı bırakılmıştır. Minimum örnek büyüklüğüne ulaşmaya kadar veri toplanmış, katılım oranı %100 olarak saptanmıştır.

#### 3.4. Araştırmanın Değişkenleri

##### 3.4.1. Bağımlı Değişken

Araştırmanın bağımlı değişkeni “Akılcı İlaç Kullanımı (AİK)”dır. AİK'nın tanımlanmasında “Size göre akılcı ilaç kullanımı aşağıdakilerden hangi uygulamaları içerir?” sorusu bir kişi birden çok seçenek işaretleyebilir şeklinde düzenlenmiştir. Yanıtlardan “Hastalığa uygun ilacı kullanma”, “Doktorun önerdiği

*miktarda kullanma*”, “*ilaç içme saatlerinin düzenli olması*”, “*Doğru uygulama yoluyla kullanma*”, “*Maliyeti uygun ilacı kullanma*” şıklarının hepsini birden işaretleyenler “*Akılcı ilaç kullanıyor*”; en az birini işaretlemeyenler “*Akılcı ilaç kullanmıyor*” olarak kabul edilmiştir.

### **3.4.2. Bağımsız Değişkenler**

#### **3.4.2.1.Araştırma Grubunun Bazı Tanımlayıcı Özellikleri ile İlgili Değişkenler**

- Yaş
- Eğitim durumu
- En uzun süre yaşanan yer: (İl merkezi ve yurt dışı Kent; ilçe merkezi, kasaba veya köy Kır olarak değerlendirilmiştir).
- Medeni durum
- Aile tipi: ( *Çekirdek aile*” ve *Geniş+Parçalanmış aile* olarak iki kategoride değerlendirilmiştir).
- Kendisi hariç evdeki kişi sayısı
- Yaşayan toplam çocuk sayısı
- 59 aydan küçük çocuk sayısı
- 59 aydan küçük 1.çocuk yaşı
- 59 aydan küçük 2.çocuk yaşı
- Meslek
- Çalışma durumu
- Aylık gelir (Aylık gelir TL cinsinden açık uçlu sorulmuş, kesme noktaları Çalışma ve Sosyal güvenlik Bakanlığının veri toplanan tarihlerdeki asgari ücret sınırları esas alınarak sınıflandırılmıştır (ÇSGB 2016)).
- Algılanan gelir
- Sosyal güvence

#### **3.4.2.2.Araştırma Grubunun Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi İlgili Değişkenler**

- Annenin sistemik ya da kronik hastalık varlığı

- Hastalık durumunda ilk başvuru sağlık kuruluşu
- Sağlık hizmetlerine erişim
- Okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinde başkalarından yardım alma
- İlaç prospektüslerini okuma durumu
- İlaç prospektüslerini anlama durumu
- İlaçların kullanım şeklini anlama durumu

#### **3.4.2.3.Araştırma Grubunun Akılcı/Akılcı Olmayan İlaç Kullanım Durumu ile İlgili Değişkenler**

- Reçetesiz ilaç kullanma durumu
- Reçetesiz antibiyotik kullanma durumu
- İlaç yan etkisi gözlemlendiğinde ilk yapılan
- Gerekli olabileceği düşüncesiyle ilaç yazdırma veya satın alma
- Evde ilaç bulundurma durumu
- Evdeki ilaçların tekrar kullanımında bilgi alınan kişi
- İlaçların son kullanma tarihine dikkat etme durumu
- Tavsiye ile ilaç kullanma durumu
- İlaç tavsiye etme durumu

#### **3.4.2.4.Araştırma Grubunun Akılcı İlaç ve Akılcı Antibiyotik Kullanım Bilgi Düzeyi ile ilgili Değişkenler**

- Antibiyotiklerin soğuk algınlığı, grip gibi viral hastalıkları tedavi eder mi?
- Antibiyotiklerin ateş düşürücü özelliği var mıdır?
- Antibiyotiklerin burun akıntısı ve öksürüğü hafifletme özelliği var mıdır?
- İlaç fiyatı arttıkça, ilacın etkinliği de artar mı?
- Antibiyotiklerin doktorun önerdiği süreden erken bırakılması veya uzun kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşur mu?
- Gereksiz antibiyotik kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşur mu?
- Akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi sahibi olma farkındalığı

### **3.4.2.5.Araştırma Grubunun Çocuklarına Yönelik Akılcı /Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı ile İlgili Değişkenler**

- Çocuğun sürekli ilaç kullanmayı gerektiren hastalık varlığı
- Çocuklar hastalandığında ilk tercih edilen tedavi yöntemi
- Çocuklara reçetesiz ilaç kullanma durumu
- Çocuklara reçetesiz antibiyotik kullanma durumu
- Çocukların viral hastalıklarında reçetesiz antibiyotik kullanma durumu
- Çocuğa antibiyotik verme süresi
- Çocuğa verilen diğer ilaçları sonlandırma durumları

### **3.4.2.6.Araştırma Grubunun Çocuklarına Yönelik Akılcı /Akılcı Olmayan İlaç Uygulama ile İlgili Değişkenler**

- Çocuğa ilaç verme unutulduğunda ya da geciktirildiğinde
- Çocuğa verilen ilacın yan etkisi olduğunda
- Çocuğa birden fazla ilaç verilmesi gerektiğinde
- Çocuk ilaç saatinde uyuyorsa
- Çocuk ilacı kustduğunda
- Ağızdan verilecek sıvı ilaçları verme şekli
- Çocuğa ilaç verirken açlık-tokluk durumuna dikkat etme
- Tadı kötü ilaçları herhangi bir besinle karıştırma durumu
- Yetişkin ilaçlarını küçük dozlar halinde çocuklarına verme durumu
- Tavsiye ile kendi çocuğuna ilaç kullanma
- Başkasının çocuğuna tavsiye etme durumu
- Çocuğun ateşi yükseldiğinde
- Çocuğa verilen ateş düşürücünün dozunu ayarlama şekli

Birden çok seçenek işaretlenebilen sorular: Birden çok seçenek işaretlenebilen, aşağıda yer alan soruların yanıtlarında seçeneğin işaretlenmiş olması “*Evet*” kabul edilmiş ve bunların oranları sunulmuştur. Bu değişkenler:

- Reçetesiz olarak kullanılan diğer ilaçlar
- Reçetesiz ilaç kullanma nedenleri

- İlaç kullanmayı bırakma durumları
- Gerekli olabileceği düşüncesiyle yazdırılan veya satın alınan ilaçlar
- Evdeki ilaçların tekrar kullanımında dikkat edilen durumlar
- Evde ilaç saklanması dikkat edilen hususlar
- Akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi kaynakları
- Akılcı ilaç kullanımının içerdiği uygulamalar
- Çocuğa reçetesiz olarak kullanılan ilaçlar
- Çocuğa reçetesiz ilaç vermelerini gerektiren durumlar
- Çocukların ishal olması durumunda yapılanlar

### 3.5. Veri Toplama Aracı ve Veri Toplama

Araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen anket formu yardımıyla veriler toplanmıştır. Anket formu açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan 68 soru içermektedir.

Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin sorular (15), ikinci bölümünde sağlık okuryazarlığı ve sağlık hizmeti kullanımı ile ilgili özelliklerini belirleyen sorular (7), üçüncü bölümde AİK/ AOİK durumu ile ilgili özelliklerini belirleyen sorular (15), dördüncü bölümünde akılcı ilaç ve akılcı antibiyotik kullanım bilgi düzeyi ile ilgili özelliklerini belirleyen sorular (8), beşinci bölümünde annelerin çocuklarına yönelik akılcı/akılcı olmayan ilaç kullanımı ile ilgili özelliklerini belirleyen sorular (9), son bölümde ise annelerin çocuklarına yönelik akılcı/ akılcı olmayan ilaç uygulama özelliklerini belirleyen sorular (14) yer almaktadır.

Araştırmada anketlerin uygulama öncesinde katılımcılardan *Gönüllü Aydınlatılmış Onam Formu* ile yazılı onam alınmıştır. Veri toplama araçlarının uygulanması araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle yaklaşık 35 dakika sürmüştür.

### **3.6. Araştırmanın Dahil Edilme ve Dışlanma Kriterleri**

#### **3.6.1. Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri**

Pınarhisar ilçesinin merkez ve köylerinde ikamet etme, 59 ay ve daha küçük yaşta çocuğa sahip olma, anket sorularına yanıt verecek bilişsel yeterliliği bulunma ve araştırmaya katılmaya gönüllü olma araştırmanın dahil edilme kriterleri arasındadır.

#### **3.6.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri**

Pınarhisar ilçe ve köylerinin dışında bir yerde ikamet etme, 59 ay ve daha küçük yaşta çocuğu olmama, anket sorularına yanıt verecek bilişsel yeterliliği olmama ve araştırmaya katılmayı reddetme araştırmanın dışlanma edilme kriterleri arasındadır.

### **3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırmada çeşitli nedenlerle evlerinde bulunamayan anneler için bir kez daha ziyaret gerçekleştirilmiştir. Toplam iki kez ziyarete rağmen ulaşılamayan anneler araştırmada kapsam dışı bırakılmıştır.

### **3.8. Araştırmanın Etik Yönü ve Resmi İzin**

Araştırmada Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan P018R00 Protokol kodu ve 11.03.2016 tarihi ile etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Kırklareli ili Pınarhisar İlçe Kaymakamlığı ve Kırklareli Halk Sağlığı Müdürlüğünden resmi izin alınmıştır.

### **3.9. Verilerin Analizi**

Araştırmadan elde edilen veriler IBM-SPSS 22.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı testlerden sayı, yüzde ve ortalamalardan yararlanılmıştır. Tek değişkenli risk analizlerinde kıkare testi ve Fisher'ın Kesin testinden, ileri analizlerde lojistik regresyon analizinden faydalanılmıştır. Çözümleme %95 güven aralığında yapılmış, anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

### **3.10. Araştırma Takvimi**

- Literatür taranması: 15.06.2015- 15.03.2018
- Araştırmanın planlanması: 15.06.2015- 31.12.2015
- Verilerin toplanması: 12.05.2016- 15.07.2016
- Veri tabanının oluşturulması ve dzenlenmesi: 15.07.2016- 31.12.2016
- Verilerin analizi: 01.01.2017- 31.06.2017
- Tezin yazımı: 01.07.2017- 15.05.2018



#### 4. BULGULAR

Kırklareli İli Pınarhisar İlçesi Merkez ve köylerinde 15.06.2015 ve 13.03.2016 tarihleri arasında beş yaş altı çocuğu olan annelerin AİK durumunu ve etkileyen etmenleri saptamak, çocuklarına yönelik uygulamalarda AİK durumlarını belirlemek amacıyla yürütölen araştırmada 320 anne ile görüşölmüştür.

Tablo 4-1'de araştırma grubunun sosyo-demografik özellikleri sunulmuştur. Grubunun yaş ortalaması 31,41±4,98 (Min:19, Max:46)'dir ve %64,0'ı 25-34 yaş arasındadır. Katılımcıların %38,4'ünün lise mezunu olduğu, %77,8'inin en uzun süre ilçe merkezinde yaşadığı belirlenmiştir. Araştırma grubunun %97,5'i evli, %79,4'ü çekirdek aileye sahip, %76,3'ü kendisi hariç evde üç ve daha fazla kişiyle birlikte yaşamaktadır.

Annelerin %51,9'u iki çocuğa sahiptir ve %79,4'ünün 59 aydan küçük bir çocuğu vardır. 59 aydan küçük çocuğa sahip annelerin %86,8'inin birinci çocuğu on iki aylıktan küçük, %90,9'unun ikinci çocuğu altı aylıktan büyüktür. Katılımcıların %76,3'ünün mesleği yoktur ve %76,6'sı gelir getiren herhangi bir işte çalışmamaktadır. Araştırma grubunun %19,1'inin asgari ücretin altında bir geliri vardır. Katılımcılardan %68,8'i gelirlerinin giderlerini karşıladığını bildirmiştir ve %95,9'unun sosyal güvencesi vardır (Tablo 4-1).

**Tablo 4-1:Araştırma Grubunun Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı (n=320).**

<b>Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b> (Ort±ss: 31,41±4,98, Min: 19, Max: 46)		
≤ 24	26	8,1
25-34	205	64,0
≥ 35	89	27,9
<b>Eğitim durumu</b>		
İlkokul ve altı	65	20,3
Ortaokul	57	17,8
Lise	123	38,4
Üniversite ve üzeri	75	23,4
<b>En uzun süre yaşanılan yer</b>		
İl merkezi	20	6,2
İlçe merkezi	249	77,8
Kasaba/köy	51	15,9
<b>Medeni durum</b>		
Evli	312	97,5
Boşanmış ve eşi ölmüş	8	2,5
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek	254	79,4
Geniş	58	18,1
Parçalanmış	8	2,5
<b>Kendisi hariç, evdeki kişi sayısı</b>		
≤ 2	76	23,8
≥ 3	244	76,3
<b>Yaşayan toplam çocuk sayısı</b>		
1	94	29,4
2	166	51,9
≥ 3	60	18,8
<b>59 aydan küçük çocuk sayısı</b>		
1	254	79,4
≥2	66	20,6
<b>59 aydan küçük 1. çocuk yaşı</b>		
< 12 ay	59	86,8
≥ 12 ay	9	13,2
<b>59 aydan küçük 2. çocuk yaşı</b>		
< 6 ay	29	9,1
≥ 6 ay	291	90,9
<b>Meslek</b>		
Memur	47	14,6
İşçi	17	5,3
Serbest çalışan	12	3,8
Ev hanımı	244	76,3
<b>Çalışma durumu</b>		
Evet	75	23,4
Hayır	245	76,6
<b>Aylık gelir</b>		
≤ 1399 TL	61	19,1
1400-2799 TL	165	51,6
≥ 2800 TL	94	29,4
<b>Aylık geliri algılama durumu</b>		
Gelirimiz giderimizi karşılıyor	220	68,8
Gelirimiz giderimizi karşılamıyor	100	31,2
<b>Sosyal güvence</b>		
Evet	307	95,9
Hayır	13	4,1
<b>Toplam</b>	<b>320</b>	<b>100,0</b>

Araştırma grubunun %14,7'sinin sistemik ya da kronik hastalığı vardır. Grubun %50,3'ü kendisi veya çocukları hastalandığında ilk olarak aile sağlığı merkezine başvurduğu, %79,1'i sağlık hizmetlerine kolay eriştiği belirlenmiştir. Katılımcıların %94,7'si okuma ve yazmayla ilgili aktivitelerinde başkalarından yardım almamaktadır. Grubun %47,5'i ilaç prospektüslerini okuduğunu, %30,9'u prospektüsleri anladığını, %89,7'si ilaçların kullanım şeklini anladığını ifade etmiştir (Tablo 4-2).

**Tablo 4- 2: Araştırma Grubunun Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Özellikleri (n=320).**

<b>Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Annenin sistemik ya da kronik hastalık varlığı</b>		
Evet	47	14,7
Hayır	273	85,3
<b>Hastalık durumunda ilk başvurulanan sağlık kuruluşu</b>		
Eczane	13	4,1
Aile Sağlığı Merkezi (ASM)	161	50,3
Devlet Hastanesi	98	30,6
Özel Sağlık Merkezleri	45	14,1
Üniversite hastanesi	3	0,9
<b>Sağlık hizmetlerine erişim</b>		
Kolay	253	79,1
Zor	67	20,9
<b>Okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinde başkalarından yardım alma</b>		
Evet	10	3,1
Hayır	303	94,7
Bazen	7	2,2
<b>İlaç prospektüslerini okuma durumu</b>		
Evet	152	47,5
Hayır	33	10,3
Bazen	135	42,2
<b>İlaç prospektüslerini anlama durumu</b>		
Evet	99	30,9
Hayır	40	12,5
Bazen	181	56,6
<b>İlaçların kullanım şeklini anlama durumu</b>		
Evet	287	89,7
Hayır	14	4,4
Bazen	19	5,9
<b>Toplam</b>	<b>320</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4-3'de araştırma grubunun %90,0'ının reçetesiz ilaç kullandığı, %19,1'inin ise reçetesiz antibiyotik kullandığı saptanmıştır. Katılımcıların en fazla reçetesiz kullandığı ilaçlar içinde ağrı kesiciler (%93,4), nezle veya grip ilaçları (%46,3) ve ateş düşürücüler (%43,6) yer almaktadır. Reçetesiz ilaç kullanma nedenleri arasında ilk sıralarda daha önce kullandığı bir ilaç olması (%92,3) evde kullanabileceği uygun bir ilaç olması (%67,6) ve aile, arkadaş, tanıdık önerisi (%15,0) olarak belirlenmiştir.

Araştırma grubu ilaçlarını en fazla şikâyetleri azaldığında veya bittiğinde (%74,1) bıraktığını; %27,8'i yan etki gözlediğinde ise ilk olarak hekime başvurduğunu bildirmiştir. Katılımcıların %78,1'i gerekli olabileceği düşüncesiyle ilaç yazdırmakta veya satın almakta; bu ilaçlar arasında en fazla ağrı kesici (%92,4) ve ateş düşürücü (%68,8) yer almaktadır. Araştırma grubunun %21,9'unun evde ilaç sakladığı, %16,6'sının evde bulundurduğu ve ihtiyacı olanlara verdiği belirlenmiştir. Tekrar kullanımda son kullanma tarihinin dolmamış olmasına dikkat ettiği (%78,8) ve yarısının (%50,0) bu ilaçları tekrar kullanırken hiç kimseden bilgi almadığı saptanmıştır. Katılımcılar evde ilaç saklarken en fazla çocukların erişemeyeceği üst raflarda olmasına (%53,1) dikkat ettiği, %61,6'sının ilaçların son kullanma tarihine kullanmadan hemen önce baktığını, %33,4'ü başkalarının tavsiyesi ile ilaç kullandığı, %77,5'inin ise başkalarına ilaç tavsiye ettiği saptanmıştır. (Tablo 4-3)

**Tablo 4-3: Araştırma Grubunun Akılcı/ Akılcı Olmayan İlaç Kullanım Durumu ile İlgili Özellikleri (n=320).**

Değişkenler	n	%
<b>Reçetesiz ilaç kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	288	90,0
Kullanmıyor	32	10,0
<b>Reçetesiz antibiyotik kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	61	19,1
Kullanmıyor	259	80,9
<b>*Reçetesiz olarak kullanılan diğer ilaçlar</b>		
Ağrı kesiciler	268	93,4
Nezle veya grip ilaçları	133	46,3
Ateş düşürücüler	125	43,6
Merhem veya pomatlar	123	42,9
Öksürük şurupları	62	21,6
Vitaminler	43	15,0
Mide yanması/yakınması ile ilgili ilaçlar	39	13,6
Kas gevşeticiler	38	13,2
Diğer (sakinleştiriciler, alerji ilaçları vb.)	22	7,8
<b>*Reçetesiz ilaç kullanma nedenleri</b>		
Daha önce kullandığım bir ilaç olduğu için	265	92,3
Evde kullanabileceğim uygun ilaç olduğu için	194	67,6
Aile, arkadaş, tanıdık önerisi	43	15,0
Eczanelerden reçetesiz ilaç temininin kolay olduğu için	34	11,8
Zaman yetersizliğinden dolayı	12	4,2
Sosyal güvencem olmadığı için	11	3,8
<b>*İlaç kullanmayı bırakma durumları</b>		
Şikâyetler azaldığında veya bittiğinde	237	74,1
Doktorun önerdiği süre sonunda	150	46,9
Yan etkileri başladığında	124	38,8
İlaçtan beklediği etkiyi görmediğimde	47	14,7
İlaç bittiğinde	39	12,2
İlaç kullanmayı unuttuğumda	20	6,2
Başka rahatsızlığım olduğunda	13	4,1
<b>İlaç yan etkisi gözlendiğinde ilk yapılan</b>		
Hekime başvururum	89	27,8
Eczacıya başvururum	5	1,6
İlacı bırakırım	226	70,6
<b>Gerekli olabileceği düşüncesiyle ilaç yazdırma veya satın alma</b>		
Evet	150	78,1
Hayır	70	21,9
<b>*Gerekli olabileceği düşüncesiyle yazdırılan ilaçlar</b>		
Ağrı kesiciler	231	92,4
Ateş düşürücüler	172	68,8
Merhem veya pomatlar	75	30,0
Nezle veya grip ilaçları	87	34,8
Öksürük şurubu	74	29,6
Mide yanması/yakınması ile ilgili ilaçlar	39	15,6
Vitamin	37	14,8
Kas gevşeticiler	37	14,8
Antibiyotik	17	6,8
Diğer (sakinleştiriciler, alerji ilaçları vb.)	12	4,8

<b>Tablo 4-3. DEVAMI</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Evde fazla olan ilaçları değerlendirme şekli</b>		
Evde saklar	70	21,9
Evde bulundurur ve ihtiyacı olanlara verir	53	16,6
Evde bulundurmaz, sağlık kuruluşuna verir	54	16,9
Evde ilaç bulundurmaz+ Çöpe atar	143	44,7
<b>*Evdeki ilaçların tekrar kullanımında dikkat edilen durumlar</b>		
Son kullanma tarihinin dolmamış olmasına	252	78,8
Hastalığa uygunluğuna	181	56,6
Kullanma talimatında belirtilen süreleri aşmamış olmasına	158	49,4
Evde saklama koşullarının uygun olmasına	137	42,8
Ambalajın bozulmamış olmasına	92	28,8
Dikkat etmem	6	1,9
<b>Evdeki ilaçların tekrar kullanımında bilgi alınan kişi</b>		
Hekim	109	35,2
Eczacı	20	6,5
Hemşire/Sağlık personeli	15	4,8
Tanıdık/komşu, akraba	11	3,5
Hiç kimseden bilgi almam	155	50,0
<b>*Evde ilaç saklanmasında dikkat edilen hususlar</b>		
Çocukların erişemeyeceği üst raflarda olmasına	170	53,1
Buzdolabında bulunmasına	166	51,9
İlacın saklanma koşullarına uygun şekilde olmasına	165	51,6
Işıktan ve nemden korunmasına	143	44,7
Ambalajında bulunmasına	114	35,6
Serin bir yerde olmasına	133	41,6
Özel bir çekmece ya da kutu içerisinde bulunmasına	66	20,6
Oda ısında olmasına	58	18,1
Kilitli bir yerde olmasına	50	15,6
Ecza dolabında olmasına	49	15,3
<b>İlaçların son kullanma tarihine dikkat etme</b>		
Kullanmadan hemen önce	197	61,6
Düzenli kontrol ederim	72	22,5
Rastgele zamanlarda	50	15,6
Hiç kontrol etmez	1	0,3
<b>Tavsiye ile ilaç kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	107	33,4
Kullanmıyor	213	66,6
<b>İlaç tavsiye etme durumu</b>		
Ediyor	248	77,5
Etmiyor	72	22,5
<b>Toplam</b>	<b>320</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4-4'de araştırma grubunun %18,8'i antibiyotiklerin soğuk algınlığı, grip gibi viral hastalıkları tedavi etmediği, %37,2'si antibiyotiklerin ateş düşürücü özelliği olmadığı, %35,3'ü antibiyotiklerin burun akıntısı ve öksürüğü hafifletme özelliği olmadığı bilgisine sahiptir. Grubun %46,6'sı antibiyotiklerin doktorun önerdiği süreden erken bırakılması veya uzun kullanılması durumunda, %52,2'si gereksiz kullanımda antibiyotik direncinin oluştuğunu bilmektedir. Katılımcıların %74,1'i ilacın fiyatı arttıkça etkisinin artmadığını bilmektedir. Çalışmaya katılanların %18,8'i AİK'i bildiğini, bunları en fazla hekim (%73,7), eczacı (%36,8) ve yazılı veya görsel medyadan (%36,8) öğrendiğini bildirmiştir.

Akılcı ilaç uygulamalarını katılımcıların %87,2'si doktorun önerdiği miktarda ilaç kullanma, %85,7'si hastalığa uygun ilacı kullanma, %77,4'ü ilaç içme saatlerinin düzenli olması, %64,7'si doğru uygulama yoluyla kullanma, %21,1'i maliyeti uygun ilacı kullanma olarak ifade etmişlerdir. Akılcı ilaç kullanımının içerdiği uygulamalardan doktorun önerdiği miktarda ilaç kullanma, hastalığa uygun ilacı kullanma, ilaç içme saatlerinin düzenli olması, doğru uygulama yoluyla kullanma ve maliyeti uygun ilacı kullanma şıklarından hepsini işaretleyenler "ilaçları akılcı kullanıyor" kabul edilmiştir ve buna göre grubun %30,0'ının ilaçları akılcı kullandığı, %70,0'ının ilaçları akılcı kullanmadığı saptanmıştır (Tablo 4-4).

**Tablo 4-4: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç ve Akılcı Antibiyotik Kullanım Bilgi Düzeyi ile İlgili Özellikler (n=320).**

Değişkenler	n	%
<b>Antibiyotikler soğuk algınlığı, grip gibi viral hastalıkları tedavi eder mi?</b>		
Evet	172	53,8
Hayır	60	18,8
Fikrim yok	88	27,5
<b>Antibiyotiklerin ateş düşürücü özelliği var mıdır?</b>		
Evet	101	31,6
Hayır	119	37,2
Fikrim yok	100	31,2
<b>Antibiyotiklerin burun akıntısı ve öksürüğü hafifletme özelliği var mıdır?</b>		
Evet	121	37,8
Hayır	113	35,3
Fikrim yok	86	26,9
<b>Antibiyotiklerin doktorun önerdiği süreden erken bırakılması veya uzun kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşur mu?</b>		
Evet	149	46,6
Hayır	48	15,0
Fikrim yok	123	38,4
<b>Gereksiz antibiyotik kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşur mu?</b>		
Evet	167	52,2
Hayır	30	9,4
Fikrim yok	123	38,4
<b>İlaç fiyatı arttıkça, ilacın etkinliği de artar mı?</b>		
Evet	40	12,5
Hayır	237	74,1
Fikrim yok	43	13,4
<b>Akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi farkındalığı</b>		
Evet, biliyorum	60	18,8
Evet, daha önce duymuştum ama fazla bir bilgim yok	73	22,8
Hayır, hiç duymadım	187	58,4
<b>*Akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi kaynakları</b>		
Hekim	98	73,7
Eczacı	49	36,8
Yazılı veya görsel medya (TV, gazete vb.)	49	36,8
Ebe veya hemşire	44	33,1
İnternet	32	24,1
Aile büyükleri veya arkadaşlar	20	15,0
<b>*Akılcı ilaç kullanımının içerdiği uygulamalar</b>		
Doktorun önerdiği miktarda kullanma	116	87,2
Hastalığa uygun ilacı kullanma	114	85,7
İlaç içme saatlerinin düzenli olması	103	77,4
Doğru uygulama yoluyla kullanma	86	64,7
Maliyeti uygun olan ilacı kullanma	28	21,1
Yeterli bilgilendirme yapıldıktan sonra kullanma	74	55,6
<b>** Akılcı ilaç kullanımı</b>		
Kullanıyor	96	30,0
Kullanmıyor	224	70,0
<b>Toplam</b>	<b>320</b>	<b>100,0</b>

\*Birden çok seçenek işaretlenmiştir. \*\*Akılcı ilaç kullanımının içerdiği uygulamalardan ilk 5 şıkkin hepsini işaretleyenler "ilaçları akılcı kullanıyor" kabul edilmiştir.



Tablo 4-5'de katılımcıların %4,4'ünün çocuğunda doktor tarafından tanı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalık vardır. Çocuklar hastalandığında annelerin %70,3'ü ilaçla tedaviyi, %29,7'si bitkisel ürünlerle tedaviyi tercih etmektedir. Araştırma grubunun %66,3'ü çocukları hastalandığında doktora danışmadan reçetesiz ilaç kullandığı, %6,3'ü çocuklarına reçetesiz antibiyotik verdiği saptanmıştır. Katılımcıların %9,7'si çocuğun soğuk algınlığı, nezle ve grip gibi viral hastalıklarında reçetesiz antibiyotik kullanmakta olduğu saptanmıştır. Katılımcıların çocuklarına reçetesiz olarak verdiği diğer ilaçlar arasında en fazla ateş düşürücüler (%83,5), ağrı kesiciler (%62,3), merhem veya pomatlar (%40,1) vardır. Reçetesiz ilaç vermeyi gerektiren durumlar arasında ise ilk sıralarda çocuğun soğuk algınlığı veya nezle olması (%54,7), çocuğun ateşinin yükselmesi (%45,5) ve çocukta pişik olması (%45,3) yer almaktadır. Anneler çocuklarının antibiyotiklerini (%85,6) ve çocukların diğer ilaçlarını (%82,8) doktorun önerdiği süre sonuna kadar devam ettirdiği belirlenmiştir. (Tablo 4-5)

**Tablo 4-5: Araştırma Grubunun Çocuklarına Yönelik Akılcı/Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı ile İlgili Özellikler (n=320).**

Değişkenler	n	%
<b>Çocuğun sürekli ilaç kullanmayı gerektiren hastalık varlığı</b>		
Evet	14	4,4
Hayır	306	95,6
<b>Çocuklar hastalandığında ilk tercih edilen tedavi yöntemi</b>		
Bitkisel ürünlerle tedavi	95	29,7
İlaçla tedavi	225	70,3
<b>Çocuklara reçetesiz ilaç kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	212	66,3
Kullanmıyor	108	33,7
<b>Çocuklara reçetesiz antibiyotik kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	20	6,3
Kullanmıyor	300	93,8
<b>Çocukların viral hastalıklarında reçetesiz antibiyotik kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	31	9,7
Kullanmıyor	289	90,3
<b>*Çocuğa reçetesiz olarak kullanılan diğer ilaçlar</b>		
Ateş düşürücüler	177	83,5
Ağrı kesiciler	132	62,3
Merhem veya pomatlar	85	40,1
Nezle veya grip ilaçları	68	32,1
Öksürük şurupları	59	27,8
Burun-boğaz spreyleleri	47	22,2
Vitaminler	34	16,0
İshal ilaçları	29	13,7
Kabızlık ilaçları	10	4,7
Diğer (Bulantı ve kusma giderici ilaçlar, alerji, iştah ilaçları vb.)	23	10,8
<b>*Çocuğa reçetesiz ilaç vermelerini gerektiren durumlar</b>		
Soğuk algınlığı veya nezle olduğunda	116	54,7
Ateşi yükseldiğinde	160	45,5
Pişik olduğunda	96	45,3
Öksürdüğünde	72	34,0
Grip olduğunda	65	30,7
İshal olduğunda	42	19,8
Gaz sancısı olduğunda	38	17,9
Ağrısı olduğunda	35	16,5
Diş çıkarma sırasında yaşanan sorunlarda veya diş ağrısında	31	14,6
Kabız olduğunda	27	12,7
Başında konak olduğunda	22	10,4
Diğer (kulak ağrısı, alerji, pamukçuk, konak, ağlama, uyutamama vb.)	40	18,9
<b>Çocuğa antibiyotiği verme süresi</b>		
Doktorun önerdiği süre kadar	274	85,6
Şikâyetleri geçinceye kadar	24	7,5
İlaç bitinceye kadar	22	6,9
<b>Çocuğa verilen diğer ilaçları sonlandırma durumları</b>		
Doktorun önerdiği süre sonunda	265	82,8
Şikâyetler azaldığında veya bittiğinde	40	12,5
Diğer (şikâyetlerin azalması, unutmama, beklenen etki görülmemesi, yan etki, başka hastalık vb.)	15	4,6
<b>Toplam</b>	<b>320</b>	<b>100,0</b>

\*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 4-6'da annelerin %38,8'i çocuğa ilaç vermeyi unuttuklarında veya geciktirdiklerinde akıllarına geldiği anda ilacı vereceklerini ancak saatlerini tekrar düzenleyeceklerini ifade etmiştir. Katılımcıların %84,4'ü çocuğa verilen ilacın yan etkisi olduğunda ilk olarak hekime başvurduğu, %80,6'sı birden fazla ilaç verilmesi gerektiğinde ilaçlar arasında biraz zaman geçmesini bekledikleri, %55,3'ü ilaç saatinde çocukları uyuyor ise uyandırıp ilacı verdikleri belirlenmiştir. Annelerin %33,1'i çocuk ilacı verdikten yarım saat sonra kusmuşsa ilacı tekrarlamadığı, %75,9'u sıvı ilaçları kutunun içinden çıkan ölçüsüyle verdiği, %91,9'u açlık-tokluk durumuna dikkat ettiği, %80,9'unun tadı kötü ilaçları herhangi bir besinle karıştırmadığı, %88,1'inin yetişkin ilaçlarını küçük dozlar halinde çocuklarına vermediği belirlenmiştir. Katılımcıların %89,7'si tavsiye üzerine çocuklarına ilaç kullanmadığı, %79,7'si kendi çocuklarına iyi gelen ilacı başkasına tavsiye etmediği saptanmıştır. Grubun %49,1'i çocuklarının ateşi yükseldiğinde evde ateşini soğuk uygulama ile düşürmeye çalıştıkları, %42,5'i ateş düşürücünün dozunu çocuğun yaşına ve kilosuna göre, %36,2'si reçetesine göre ayarladıkları belirlenmiştir. Anneler çocukları ishal olduğunda en fazla doktora götürdüğü (%75,3) ve ishal önleyen yiyeceklerden verdiğini (%66,6) ifade etmiştir (Tablo 4-6).

**Tablo 4-6: Araştırma Grubunun Çocuklarına Yönelik Akılcı/Akılcı Olmayan İlaç Uygulamaları (n=320).**

Değişkenler	n	%
<b>Çocuğa ilaç verme unutulduğunda ya da geciktirildiğinde</b>		
Aklıma geldiği anda ilacı veririm ancak saatlerini tekrar düzenlerim	124	38,8
Aklıma geldiği anda ilacı veririm ve önceden verilen saatlere devam ederim	113	35,3
O dozu atlayıp bir sonraki saatinde aynı dozu veririm	78	24,4
O dozu atlayıp bir sonraki ilaç saatinde verilecek dozun fazlasını veririm	1	0,3
Unutulan ilacı bırakırım, bir daha içirmem	4	1,2
<b>Çocuğa verilen ilacın yan etkisi olduğunda</b>		
Hekime başvururum	270	84,4
Eczacıya başvururum	20	6,3
Değişik ilaç veririm	3	0,9
İlacı bırakırım	27	8,4
<b>Çocuğa birden fazla ilaç verilmesi gerektiğinde</b>		
İlaçların arasında biraz zaman geçmesini beklerim	258	80,6
İlaçları arka arkaya veririm	62	19,4
<b>Çocuk ilaç saatinde uyuyor ise</b>		
Uyandırıp veririm	177	55,3
Uyanmasını bekler uyandığı anda veririm	134	41,9
Uyandırmadan veririm	9	2,8
<b>Çocuk ilacı kustuğunda</b>		
İlacı verdikten yarım saat sonra kusmuşsa tekrarlamam	106	33,1
İlacı verir vermez kusmuşsa aynı miktarda tekrarlarım	120	37,5
İlacı verdikten yarım saat sonra kusmuşsa önceki miktarın yarısını veririm	22	6,9
Bir daha ilaç vermem	72	22,5
<b>Ağızdan verilecek sıvı ilaçları verme şekli</b>		
Kutunun içinden çıkan ölçüsü ile	243	75,9
Çay kaşığı ile	37	11,6
Tatlı kaşığı ile	40	12,5
<b>Çocuğa ilaç verirken açlık-tokluk durumuna dikkat etme</b>		
Dikkat ediyor	294	91,9
Dikkat etmiyor	26	8,1
<b>Tadı kötü ilaçları herhangi bir besinle karıştırma</b>		
Karıştırmıyorum	259	80,9
Karıştıyorum	61	19,1
<b>Yetişkin ilaçlarını küçük dozlar halinde çocuklarına verme</b>		
Vermiyor	282	88,1
Veriyor	38	11,9
<b>Tavsiye ile kendi çocuğuna ilaç kullanma</b>		
Kullanmıyorum	287	89,7
Kullanıyorum	33	10,3
<b>Başkasının çocuğuna ilaç tavsiye etme</b>		
Tavsiye etmiyor	255	79,7
Tavsiye ediyor	65	20,3
<b>Çocuğun ateşi yükseldiğinde ilk olarak yapılan</b>		
Evde ateşini soğuk uygulama ile düşürmeye çalışırım, düşmez ise doktora götürürüm	157	49,1
Hemen doktora götürürüm, tavsiyesine göre hareket ederim	70	21,9
Evde ateşini soğuk uygulama ile düşürmeye çalışırım, düşmez ise evdeki ilaçlardan içeririm	52	16,2
Evdeki ilaçlardan veririm	41	12,8

<b>Tablo 4-6. DEVAMI</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Çocuğa verilen ateş düşürücünün dozunu ayarlama şekli</b>		
Yaşına ve kilosuna göre	136	42,5
Reçetesine göre	116	36,2
Önceden söylenene göre	61	19,1
Hastalığın şiddetine göre	5	1,6
Rastgele	2	0,6
<b>*Çocukların ishal olması durumunda yapılanlar</b>		
Doktora götürürüm	241	75,3
İshal önleyen yiyeceklerden veririm (patates, muz, yoğurt vb.)	213	66,6
Sıvı alımını artırırım	179	55,9
Evdeki ilaçlardan veririm	52	16,2
Hazır şekerli-tuzlu karışım veririm	31	9,7
<b>Toplam</b>	<b>320</b>	<b>100,0</b>

*\*Birden çok seçenek işaretlenmiştir.*

Tablo 4-7’de araştırma grubunun akılcı ilaç kullanım durumu ile sosyo-demografik özelliklerden eğitim durumu ( $p=0,000$ ), en uzun süre yaşanan yer ( $p=0,044$ ), aile tipi ( $p=0.019$ ), meslek ( $p=0,000$ ), çalışma durumu ( $p=0,000$ ) ve aylık gelir miktarı ( $p=0,000$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlıdır. Eğitim düzeyi üniversite ve üzerinde olanlar, kentlerde yaşayanlar, çekirdek aileye sahip olanlar, mesleği memur olanlar, gelir getiren bir işte çalışanlar, geliri 1400-2799 TL arası olan katılımcıların değişkenlerin diğer kategorilerinde olanlara göre ilaçları daha akılcı kullandığı belirlenmiştir. Yaş, medeni durum, kendisi hariç evdeki kişi sayısı, yaşayan toplam çocuk sayısı, 59 aydan küçük çocuk sayısı, 59 aydan küçük birinci ve ikinci çocuk yaşı, algılanan gelir ve sosyal güvence ile akılcı ilaç kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-7).

**Tablo 4-7: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırması (n=320).**

Değişkenler	AİK durumu		p*
	Kullanıyor %	Kullanmıyor %	
<b>Yaş</b>			
< 35	28,6	71,4	0,369
≥ 35	33,7	66,3	
<b>Eğitim Durumu</b>			
İlkokul ve altı	18,5	81,5	<b>0,000</b>
Lise ve orta	24,4	75,6	
Üniversite ve üzeri	51,4	48,6	
<b>En uzun süre yaşanılan yer</b>			
Kent	50,0	50,0	<b>0,044</b>
Kır	28,7	71,3	
<b>Medeni durum</b>			
Evli	30,4	69,6	0,274
Evli değil	12,5	87,5	
<b>Aile tipi</b>			
Çekirdek aile	33,1	66,9	<b>0,019</b>
Geniş+Parçalanmış	18,2	81,8	
<b>Kendisi hariç, evdeki kişi sayısı</b>			
≤ 2	38,2	61,8	0,076
≥ 3	27,5	72,5	
<b>Yaşayan toplam çocuk sayısı</b>			
1	33,0	67,0	0,453
≥ 2	28,8	71,2	
<b>59 aydan küçük çocuk sayısı</b>			
1	29,9	70,1	0,952
≥ 2	30,3	69,7	
<b>59 aydan küçük 1. çocuk yaşı</b>			
< 12 aylık	25,4	74,6	0,236
≥ 12 aylık	44,4	55,6	
<b>59 aydan küçük 2. çocuk yaşı</b>			
< 6 aylık	17,2	82,8	0,116
≥ 6 aylık	31,3	68,7	
<b>Meslek</b>			
Memur	59,6	40,4	<b>0,000</b>
Diğer (İşçi, serbest çalışan, işsiz)	24,9	75,1	
<b>Çalışma durumu</b>			
Evet	56,0	44,0	<b>0,000</b>
Hayır	22,0	78,0	
<b>Aylık gelir</b>			
≤ 1399 TL	14,8	85,2	<b>0,000</b>
1400-2799 TL	21,2	78,8	
≥ 2800 TL	14,8	85,2	
<b>Algılanan gelir</b>			
Gelirimiz giderimizi karşılıyor	32,7	67,3	0,114
Gelirimiz giderimizi karşılamıyor	24,0	76,0	
<b>Sosyal güvence</b>			
Evet	30,9	69,1	0,073
Hayır	7,7	92,3	

\*Kikare Testi, \*\*Fisher'in Kesin testi

Tablo 4-8’de araştırma grubunda ilaçlarını akılcı kullanan katılımcıların hiçbiri hastalık durumunda ilk olarak eczaneye başvurmamaktadır ( $p=0,016$ ). Annenin sistemik ya da kronik hastalık varlığı, sağlık hizmetlerine erişim, okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinde başkalarından yardım alma, ilaç prospektüslerini okuma ve anlama durumları, ilaçların kullanım şeklini anlama durumu ile AİK arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-8: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile Sağlık Hizmeti Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı ile İlgili Özelliklerinin Karşılaştırması (n=320).**

Değişkenler	AİK durumu		p*
	Kullanıyor %	Kullanmıyor %	
<b>Annenin sistemik ya da kronik hastalık varlığı</b>			
Evet	25,5	74,5	0,469
Hayır	30,8	69,2	
<b>Hastalık durumunda ilk başvuru sağlık kuruluşu</b>			
Eczane	0,0	100,0	<b>0,016**</b>
Diğer sağlık kuruluşları (ASM, hastane, özel klinik)	31,3	68,7	
<b>Sağlık hizmetlerine erişim</b>			
Kolay	30,8	69,2	0,529
Zor	26,9	73,1	
<b>Okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinde başkalarından yardım alma</b>			
Alıyor	11,8	88,2	0,092
Almıyor	31,0	69,0	
<b>İlaç prospektüslerini okuma durumu</b>			
Okuyor	34,2	65,8	0,118
Okumuyor	26,2	73,8	
<b>İlaç prospektüslerini anlama durumu</b>			
Anlıyor	33,3	66,7	0,384
Anlamıyor	28,5	71,5	
<b>İlaçların kullanım şeklini anlama durumu</b>			
Anlıyor	30,7	69,3	0,446
Anlamıyor	24,2	75,8	

\*Kikare Testi, \*\*Fisher’in Kesin testi

Tablo 4-9’da araştırma grubunun AİK ile evde fazla olan ilaçları değerlendirme şekilleri arasında anlamlı bir farklılık belirlenmiştir ( $p=0,048$ ). Reçetesiz ilaç kullanma durumu, reçetesiz antibiyotik kullanma durumu, ilaç yan etkisi gözlemlendiğinde ilk yapılan, gerekli olabileceği düşüncesiyle ilaç yazdırma veya satın alma, evde ilaç bulundurma, evdeki ilaçların tekrar kullanımında bilgi alınan kişi, ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme, tavsiye ile ilaç kullanma ve ilaç tavsiye etme durumu ile AİK arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-9: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile İlaçlar ile İlgili Bazı Özelliklerinin Karşılaştırması (n=320).**

Değişkenler	AİK durumu		p*
	Kullanıyor %	Kullanmıyor %	
<b>Reçetesiz ilaç kullanma durumu</b>			
Kullanıyor	28,8	71,2	0,167
Kullanmıyor	40,6	59,4	
<b>Reçetesiz antibiyotik kullanma durumu</b>			
Kullanıyor	39,3	60,7	0,077
Kullanmıyor	27,8	72,2	
<b>İlaç yan etkisi gözleendiğinde ilk yapılan</b>			
Hekime başvururum	22,5	77,5	0,068
Diğerleri (Eczacı başvurum, ilacı bırakma, değiştirme)	32,9	67,1	
<b>Gerekli olabileceği düşüncesiyle ilaç yazdırma veya satın alma</b>			
Evet	30,4	69,6	0,768
Hayır	28,6	71,4	
<b>Evde fazla olan ilaçları değerlendirme şekilleri</b>			
Bulundurmaz (Sağlık kuruluşuna verir+ Çöpe atar)	34,0	66,0	<b>0,048</b>
Bulundurur (Saklar+ İhtiyacı olanlara verir)	23,6	76,4	
<b>Evdeki ilaçların tekrar kullanımında bilgi alınan kişi</b>			
Sağlık personeli	32,6	67,4	0,193
Sağlık personeli değil	25,9	74,1	
<b>İlaçların son kullanma tarihine dikkat etme</b>			
Dikkat ediyor	30,5	69,5	0,665
Dikkat etmiyor	27,5	72,5	
<b>Tavsiye ile ilaç kullanma durumu</b>			
Kullanıyor	28,0	72,0	0,587
Kullanmıyor	31,0	69,0	
<b>İlaç tavsiye etme durumu</b>			
Ediyor	27,4	72,6	0,062
Etmiyor	38,9	61,1	

\*Kikare Testi, \*\*Fisher'in Kesin testi

Tablo 4-10'da araştırma grubunun akılcı ilaç ve akılcı antibiyotik kullanım bilgi düzeyi ile ilgili yapılan karşılaştırmada; "Antibiyotiklerin doktorun önerdiği süreden erken bırakılması veya uzun kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşur (**p=0,001**)", "Gereksiz antibiyotik kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşur (**p=0,000**)", "İlaç fiyatı arttıkça, ilacın etkinliğinin artmaz (**p=0,000**)" bilgisine sahip olanların akılcı ilaç kullanım oranları, değişkenlerin diğer kategorilerini yanıtlayanlara göre anlamlı olarak yüksek belirlenmiştir. Akılcı ilaç kullanımının farkında olan katılımcılar ilaçları daha akılcı kullanmaktadır (**p=0,000**).

"Antibiyotikler soğuk algınlığı, grip gibi viral hastalıkları tedavi eder mi?", "Antibiyotiklerin ateş düşürücü özelliği var mıdır?", "Antibiyotiklerin burun akıntısı



ve öksürüğü hafifletme özelliği var mıdır?” değişkenleri ile AİK arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir ( $p>0,05$ ) (Tablo 4-10).

**Tablo 4-10: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile Bilgi Düzeyinin Karşılaştırması (n=320).**

Değişkenler	AİK durumu		p*
	Kullanıyor %	Kullanmıyor %	
<b>Antibiyotikler soğuk algınlığı, grip gibi viral hastalıkları tedavi eder mi?</b>			
Hayır	38,3	61,7	0,118
Evet ve fikrim yok	28,1	71,9	
<b>Antibiyotiklerin ateş düşürücü özelliği var mıdır?</b>			
Hayır	32,8	67,2	0,405
Evet ve fikrim yok	28,4	71,6	
<b>Antibiyotiklerin burun akıntısı ve öksürüğü hafifletme özelliği var mıdır?</b>			
Hayır	33,6	66,4	0,295
Evet ve fikrim yok	28,0	72,0	
<b>Antibiyotiklerin doktorun önerdiği süreden erken bırakılması veya uzun kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşur mu?</b>			
Evet	38,9	61,1	<b>0,001</b>
Hayır ve fikrim yok	22,2	77,8	
<b>Gereksiz antibiyotik kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşur mu?</b>			
Evet	40,1	59,9	<b>0,000</b>
Hayır ve fikrim yok	19,0	81,0	
<b>İlaç fiyatı arttıkça, ilacın etkinliği de artar mı?</b>			
Hayır	36,7	63,3	<b>0,000</b>
Evet ve fikrim yok	10,8	89,2	
<b>Akılcı ilaç kullanımı farkındalığı</b>			
Var	80,0	20,0	<b>0,000</b>
Yok	18,5	81,5	

\*Kikare Testi, \*\*Fisher'in Kesin testi

Tablo 4-11’de araştırma grubunun AİK ile çocuklarına yönelik ilaçları akılcı kullanımını arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4-11: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile Çocuklarına Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı Özelliklerinin Karşılaştırması (n=320).**

Değişkenler	AİK durumu		p*
	Kullanıyor %	Kullanmıyor %	
<b>Çocuğun sürekli ilaç kullanmayı gerektiren hastalık varlığı</b>			
Evet	35,7	64,3	0,633
Hayır	29,7	70,3	
<b>Çocuklar hastalandığında ilk tercih edilen tedavi yöntemi</b>			
Bitkisel ürünlerle tedavi	24,2	75,8	0,142
İlaçla tedavi	32,4	67,6	
<b>Çocuklara reçetesiz ilaç kullanma durumu</b>			
Kullanıyor	29,2	70,8	0,680
Kullanmıyor	31,5	68,5	
<b>Çocuklara reçetesiz antibiyotik kullanma durumu</b>			
Kullanıyor	20,0	80,0	0,313
Kullanmıyor	30,7	69,3	
<b>Çocukların viral hastalıklarında reçetesiz antibiyotik kullanma durumu</b>			
Kullanıyor	35,5	64,5	0,483
Kullanmıyor	29,4	70,6	
<b>Çocuğa antibiyotik verme süresi</b>			
Doktorun önerdiği süre kadar	31,4	68,6	0,186
Diğerleri (şikâyetlerin geçmesi, ilaç bitmesi)	21,7	78,3	
<b>Çocuğa verilen diğer ilaçları sonlandırma durumları</b>			
Doktorun önerdiği süre sonunda	31,3	68,7	0,258
Diğerleri (şikâyetlerin azalması, unutmama, beklenen etki görülmemesi, yan etki, başka hastalık vb.)	23,6	76,4	

\*Kikare Testi, \*\*Fisher’in Kesin testi

Tablo 4-12’de araştırma grubunun AİK ile çocuklarına yönelik akılcı ilaç uygulamaları ile ilgili özellikleri arasında yapılan karşılaştırmada: Çocuğa verilen ilacın yan etkisi olduğunda hekime başvuran ( $p=0,044$ ), çocuğa birden fazla ilaç vermesi gerektiğinde ilaçların arasında biraz zaman geçmesini bekleyen ( $p=0,008$ ) anneler değişkenlerin diğer kategorilerini tercih eden annelere göre ilaçları anlamlı düzeyde akılcı kullanmaktadır. Annelerin AİK ile çocuk ilacı kustuğunda yarım saat geçmişse tekrarlamayan ( $p=0,017$ ), tavsiye üzerine çocuğuna ilaç kullanmayan ( $p=0,018$ ), başkasının çocuğuna ilaç tavsiye etmeyen ( $p=0,004$ ) annelerin akılcı ilaç kullanım oranları yüksek belirlenmiştir (Tablo 4-12).

AİK ile katılımcıların çocuğa ilaç verme unutulduğunda ya da geciktirildiğinde, çocuk ilaç saatinde uyuyorsa, çocuğuna ağızdan verilecek sıvı ilaçları verme şekli, çocuğuna ilaç verirken açlık-tokluk durumuna dikkat etme, tadı kötü ilaçları herhangi bir besinle karıştırma, yetişkin ilaçlarını küçük dozlar halinde çocuklarına verme, çocuğun ateşi yükseldiğinde ilk yapılan, çocuğa verilen ateş düşürücünün dozunu ayarlama şekli ile ilgili uygulamaları içeren değişkenler arasında bir farklılık bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). (Tablo 4-12)

**Tablo 4-12: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile Çocuklarına Yönelik Akılcı İlaç Uygulama Özelliklerinin Karşılaştırması (n=320).**

Değişkenler	AİK durumu		p*
	Kullanıyor %	Kullanmıyor %	
<b>Çocuğa ilaç verme unutulduğunda ya da geciktirildiğinde</b>			
Aklıma geldiği anda ilacı veririm ancak saatlerini tekrar düzenlerim	29,0	71,0	0,764
Diğerleri	30,6	69,4	
<b>Çocuğa verilen ilacın yan etkisi olduğunda</b>			
Hekime başvururum	32,2	67,8	
Diğerleri (eczacıya başvurma, ilacı değiştirme, bırakma)	18,0	82,0	<b>0,044</b>
<b>Çocuğa birden fazla ilaç verilmesi gerektiğinde</b>			
İlaçların arasında biraz zaman geçmesini beklerim	33,3	66,7	<b>0,008</b>
İlaçları arka arkaya veririm	16,1	83,9	
<b>Çocuk ilaç saatinde uyuyorsa</b>			
Uyandırıp veririm	34,5	65,5	
Diğerleri (uyandırmadan veya uyanmasını bekleyerek)	24,5	75,5	0,053
<b>Çocuk ilacı kustuğunda</b>			
İlacı verdikten yarım saat sonra kusmuşsa tekrarlamam	38,7	61,3	<b>0,017</b>
Diğerleri	25,7	74,3	
<b>Ağızdan verilecek sıvı ilaçları verme şekli</b>			
Kutunun içinden çıkan ölçüsü ile	31,7	68,3	0,242
Diğerleri (Çay kaşığı, tatlı kaşığı)	24,7	75,3	
<b>Çocuğa ilaç verirken açlık-tokluk durumuna dikkat etme</b>			
Dikkat ediyor	29,3	70,7	
Dikkat etmiyor	38,5	61,5	0,326
<b>Tadı kötü ilaçları herhangi bir besinle karıştırma</b>			
Karıştırıyor	27,9	79,1	
Karıştırmıyor	30,5	69,5	0,686
<b>Yetişkin ilaçlarını küçük dozlar halinde çocuklarına verme</b>			
Vermiyor	31,6	68,4	
Veriyor	18,4	81,6	0,097
<b>Tavsiye ile kendi çocuğuna ilaç kullanma</b>			
Kullanmıyor	32,1	67,9	
Kullanıyor	12,1	87,9	<b>0,018</b>
<b>Başkasının çocuğuna ilaç tavsiye etme</b>			
Tavsiye etmiyor	33,7	66,3	
Tavsiye ediyor	15,4	84,6	<b>0,004</b>
<b>Çocuğun ateşi yükseldiğinde ilk olarak yapılan</b>			
Hemen doktora götürürüm, tavsiyesine göre hareket ederim	31,4	68,6	
Diğerleri (evdeki ilaçlar, soğuk uygulama vb.)	29,6	70,4	0,768
<b>Çocuğa verilen ateş düşürücünün dozunu ayarlama şekli</b>			
Yaşına ve kilosuna göre+Reçetesine göre	32,1	67,9	
Diğerleri (Rastgele, önceden söylenene göre, hastalığın şiddetine göre)	22,1	77,9	0,107

\*Kikare Testi, \*\*Fisher'ın Kesin testi

Akılcı ilaç kullanım durumu ile tek değişkenli risk analizlerinde anlamlı çıkan değişkenler enter metodu kullanılarak lojistik regresyon analizi yapılmış ve en uygun üç farklı model aşağıda sunulmuştur.

**Tablo 4-13: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile Sosyo-demografik Özellikleri Arasında Yapılan Çok Değişkenli Risk Analizleri**

	B	S.E.	Wald	d f	Sig.	Exp (B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
<b>Eğitim durumu</b>								
İlkokul ve altı(Ref.)								
Ortaokul ve lise	0,324	0,519	0,391	1	0,532	1,383	0,500	3,821
Üniversite ve üstü	0,170	0,384	0,197	1	0,657	1,186	0,559	2,515
<b>Yaşanılan yer</b>								
Kır (Ref.)								
Kent	-0,115	0,559	0,042	1	0,837	0,891	0,298	2,667
<b>Aile tipi</b>								
Geniş ve parçalanmış(Ref.)								
Çekirdek	0,860	0,385	4,981	1	<b>0,026*</b>	<b>2,363</b>	<b>1,110</b>	<b>5,028</b>
<b>Meslek</b>								
Memur değil (Ref.)								
Memur	-0,376	0,551	0,466	1	0,495	0,686	0,233	2,022
<b>Çalışma durumu</b>								
Çalışmıyor (Ref.)								
Çalışıyor	0,811	0,475	2,920	1	0,088	2,251	0,888	5,710
<b>Gelir düzeyi</b>								
≤1399 TL (Ref.)								
1400-2799 TL	1,558	0,498	9,799	1	<b>0,002**</b>	<b>4,751</b>	<b>1,791</b>	<b>12,605</b>
≥2800 TL	0,450	0,420	1,150	1	0,284	1,569	0,689	3,573

Ref.:Referans, OmnibusTests: p=0,000, Hosmerand Lemeshow Test: p=0,692, Nagelkerke R Square: 0,194; \*p<0,05, \*\*p<0,01,\*\*\*p<0,001.

Tablo 4-13’de sosyo-demografik özelliklerden eğitim durumu, yaşadığı yer, aile tipi, meslek, çalışma durumu ve gelir düzeyi modele alınmıştır. Yapılan lojistik regresyon modeli sonucunda AİK’nın geniş ya da parçalanmış aile yapısına sahip olanlara göre çekirdek aile yapısına sahip olanlarda 2,363 kat (OR, %95 GA: 1,110-5,028) ve gelir düzeyi 1399 TL ve altında olanlara göre 1400-2799 TL arasında olanlarda 4,791 kat (OR, %95 GA: 1,791-12,605) fazla olduğu belirlenmiştir.

**Tablo 4-14: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile Bazı Kullanım ve Bilgi Düzeyi ile İlgili Özelliklerinin Çok Değişkenli Risk Analizleri**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
<b>Evde fazla olan ilaçları değerlendirme şekilleri</b>								
<sup>1</sup> Bulundurur (Ref.)								
<sup>2</sup> Bulundurmaz	0,105	0,315	0,111	1	0,739	1,111	0,599	2,061
<b>Antibiyotiklerin doktorun önerdiği süreden erken bırakılması veya uzun kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşur mu?</b>								
Hayır ve fikrim yok(Ref.)								
Evet	-0,144	0,391	0,136	1	0,712	0,866	0,403	1,862
<b>Gereksiz antibiyotik kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşur mu?</b>								
Hayır ve fikrim yok (Ref.)								
Evet	0,731	0,396	3,413	1	0,065	2,077	0,956	4,509
<b>İlaç fiyatı arttıkça, ilacın etkinliği de artar mı?</b>								
Evet ve fikrim yok (Ref.)								
Hayır	1,276	0,429	8,831	1	<b>0,003**</b>	<b>3,582</b>	<b>1,544</b>	<b>8,310</b>
<b>Akılcı ilaç kullanımı farkındalığı</b>								
Yok (Ref.)								
Var	2,639	0,375	49,418	1	<b>0,000</b>	<b>14,003</b>	<b>6,709</b>	<b>29,227</b>

Ref.:Referans, OmnibusTests: p=0,000, Hosmerand Lemeshow Test: p=0,723, Nagelkerke R Square: 0,378; \*p<0,05, \*\*p<0,01, \*\*\*p<0,001. <sup>1</sup>Bulundurur: Saklar+ ihtiyacı olanlara verir. <sup>2</sup>Bulundurmaz: Sağlık kuruluşuna verir+ çöpe atar.

Tablo 4-14’de AİK ve bazı kullanım ve bilgi düzeyi ile ilgili özelliklerin çok değişkenli risk analizinde modele alınan değişkenler: “Evde fazla olan ilaçları değerlendirme şekli”, “Antibiyotiklerin doktorun önerdiği süreden erken bırakılması veya uzun kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşur mu?”, “Gereksiz antibiyotik kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşur mu?”, “İlaç fiyatı arttıkça, ilacın etkinliği de artar mı?” ve “Akılcı ilaç kullanımı farkındalığı”dır. Araştırma grubunda ilaç fiyatı arttıkça, ilacın etkinliğinin artmadığı bilgisine sahip olan (OR:3,582, %95 GA:1,544-8,310) ve ilaçların akılcı kullanımı ile ilgili farkındalığı olanların (OR:14,003, %95 GA:6,709-29,227) değişkenlerin diğer kategorilerini tercih edenlere göre ilaçları daha fazla akılcı kullandığı saptanmıştır. (Tablo 4-14)

**Tablo 4-15: Araştırma Grubunun Akılcı İlaç Kullanımı ile Çocuklarına Yönelik Uygulamalarının Çok Değişkenli Risk Analizleri**

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.for EXP(B)	
							Lower	Upper
<b>Çocuğa verilen ilacın yan etkisi olduğunda</b>								
Hekime başvururum <sup>1</sup> Diğerleri (Ref.)	0,353	0,422	0,699	1	0,403	1,423	0,622	3,258
<b>Çocuğa birden fazla ilaç verilmesi gerektiğinde</b>								
İlaçları arka arkaya veririm (Ref.)								
İlaçların arasında biraz zaman geçmesini beklerim	0,782	0,385	4,113	1	<b>0,043*</b>	<b>2,185</b>	<b>1,027</b>	<b>4,650</b>
<b>Çocuk ilacı kustuğunda</b>								
<sup>2</sup> Diğerleri (Ref.)								
İlacı verdikten yarım saat sonra kusmuşsa tekrarlamam	0,660	0,264	6,253	1	<b>0,012*</b>	<b>1,935</b>	<b>1,153</b>	<b>3,246</b>
<b>Tavsiye ile kendi çocuğuna ilaç kullanma</b>								
Kullanıyor (Ref.)								
Kullanmıyor	0,703	0,643	1,193	1	0,275	2,019	0,572	7,123
<b>Başkasının çocuğuna ilaç tavsiye etme</b>								
Tavsiye ediyor (Ref.)								
Tavsiye etmiyor	0,724	0,431	2,824	1	0,093	2,062	0,887	4,798

Ref.:Referans, OmnibusTests: p=0,000, Hosmerand Lemeshow Test: p=0,845, Nagelkerke R Square: 0,103; \*p<0,05. <sup>1</sup>Diğerleri: eczacıya başvurma, ilacı değiştirme, bırakma. <sup>2</sup>Diğerleri: İlacı verir vermez kusmuşsa aynı miktarda tekrarlarım veya yarım saat sonra kusmuşsa önceki miktarın yarısını veririm+ bir daha ilaç vermem.

Tablo 4-15’de annelerin çocuklarına yönelik akılcı ilaç uygulamaları ile ilgili özelliklerinin çok değişkenli risk analizlerinde modele alınan değişkenler: “Çocuğa verilen ilacın yan etkisi olduğunda”, “Çocuğa birden fazla ilaç verilmesi gerektiğinde”, “Çocuk ilacı kustuğunda”, “Başkasının çocuğuna iyi gelen ilacı kendi çocuğu için kullanma” ve “Kendi çocuğuna iyi gelen ilacı başkasının çocuğuna tavsiye etme” ile ilgili uygulamalardır. Çocuğa birden fazla ilaç verilmesi gerektiğinde ilaçların arasında biraz zaman geçmesini bekleyen anneler ilaçlarını arka arkaya veren annelere göre ilaçları daha akılcı kullanmaktadır (OR:2,185, %95 GA: 2,027-4,650). Çocuk kustuğunda diğer uygulamaları yapan annelere göre çocuğa ilacı verdikten yarım saat sonra kusmuşsa tekrarlamayan annelerin ilaçları daha akılcı kullandığı saptanmıştır (OR:1,935, %95 GA:1,153-3,246). (Tablo4-15)

## 5. TARTIŞMA

Araştırmada ‘doğru ilacı, doğru dozda, doğru zamanda, doğru uygulama yoluyla ve uygun maliyette kullanan’ tüm kişilerin kişiler *akılcı ilaç kullanıyor* şeklinde tanımlanmış ve buna göre beş yaş altı çocuğu olan annelerin AİK prevalansı %30,0 olarak belirlenmiş, AOİK oranının %70,0 olduğu saptanmıştır. Ülkemizde Konya’da yürütölen bir çalışmada bireylerin %77,3’ünün (%5-%94) doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullandığı, bu ilaçlar arasında ilk sıralarda ağrı kesici, merhem ve soğuk algınlığı ilaçlarının yer aldığı, aile tipi ve ailedeki birey sayısının ilaç kullanımında belirleyici olduğu saptanmıştır (Ekenler ve Koçoğlu 2016). Pakistan’da yürütölen bir sistematik derlemede AOİK endişe verici boyutta olduğu bildirilmiştir (Arshad ve ark. 2016). Farklı yöntemler kullanarak AOİK kullanım oranlarının belirlendiği araştırmalarda prevalansların %35,8-%76 arasında deđiştđi bildirilmiş, araştırmamızın sonucunun literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir (Rousounidis ve ark. 2011; Shehnaz ve ark. 2014; Mao ve ark. 2015; Doğan ve ark. 2016; Hatipoğlu ve Özyurt 2016; Wauters ve ark. 2016; Akici ve ark. 2017).

İlaçların akılcı kullanımında yaş, bilgi, motivasyon ve davranış becerilerinin önemli olduğu bildirilmiştir (Bian ve ark. 2015). İleri yaşlarda artan kronik hastalıklar nedeniyle polifarmasi, yetersiz kullanım ve hatalı kullanım oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (İlhan ve ark 2014; Nayir ve ark. 2016; Wauters ve ark. 2016; Hilmer ve Gnjidic 2017). Kore’de yürütölen bir çalışmada 40 yaş üzerindeki bireylerin antibiyotik kullanımı ile ilgili bilgi düzeyinin daha genç yaştakilere göre daha düşük olduğu bulunmuştur (Kim ve ark. 2011). Litvanya’da yürütölen bir araştırmada ise yetersiz antibiyotik bilgi düzeyi ile AİK arasında bir ilişki belirlenemez iken kendi kendine ilaç kullanma oranlarının (self- medikasyon) genç yaşlarda anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir (Pavydė ve ark. 2015). Ankara’da yürütölen bir araştırmada 55 ve üzeri yaşlarda hekim önerisi olmadan ya da reçetesi bulunmadan ilaç kullanma oranlarının anlamlı olarak arttığı saptanmıştır (İlhan ve ark. 2014). Literatürde çalışma sonuçlarımızı destekler nitelikte çalışmaların da olduğu gözlenirse de (Çelik 2011; Yılmaz ve ark. 2011; Haney ve Kudubeş 2017; De La Rosa ve ark. 2018), sonuçlarımızda ortaya çıkan bu farklılığın örneğimizi oluşturan grubun genç nüfusa sahip olması ile ilişkilendirilmiştir.



Araştırmada ilkokul ve altı eğitimlilerin ilaçların akılcı olmayan kullanım oranlarının daha üst düzeyde eğitime sahip bireylere göre düşük olduğu gözlenmiş, ancak ileri analizlerde anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Ürdün ve Suudi Arabistan'ın bazı kentlerinde yürütülen araştırmalarda ilaçların uygun olmayan kullanımında eğitimin önemli rolü olduğu, eğitim düzeyindeki artışa bağlı olarak akılcı antibiyotik kullanma oranlarının arttığı bildirilmiştir (Haddad ve Ebada 2017; Al Shawi ve ark. 2018). Türkiye'de Adana, Elazığ, Ankara, Manisa'da yürütülen araştırmalarda da kendi kendine ilaç kullanma eğiliminin eğitim düzeyi artışına bağlı olarak azaldığı, yüksek eğitim düzeyine sahip olanların ilaçların akılcı kullanma eğiliminin yüksek olduğu gözlenmiştir (Karataş ve ark. 2012; Hatipoğlu ve Özyurt 2016; Nayir ve ark. 2016; Barutçu ve ark. 2017). Literatürde yanlış ilaç kullanımında sosyo-kültürel faktörlerin etkili olduğu ve antibiyotik bilgi düzeyinin eğitimin kalitesi ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Pavydė ve ark. 2015; De La Rosa ve ark. 2018). Çin, Hindistan, Fransa ve Türkiye'de çalışma sonuçlarımız ile benzer olan araştırmaların bulunduğu ve bulgumuzun literatürü desteklediği gözlenmiştir (Yılmaz ve ark. 2011; Bian ve ark. 2015; Ekenler ve Koçoğlu 2016; Barker ve ark. 2017; Demore ve ark. 2017; Haney ve Kudubeş 2017; Jamhour ve ark 2017).

Çalışmamızda kentsel ve kırsal alanlarda AIK oranları benzer düzeyde belirlenmiştir. Sağlık, eğitim gibi temel gereksinimlerde sınırlı olanaklara sahip kırsal alanda yaşayan bireylerin çoğunluğunda ilaç kullanımı ile ilgili sorun yaşandığı, akılcı ilaç veya akılcı antibiyotik kullanımlarının ya da bilgi düzeylerinin anlamlı olarak düşük olduğu bildirilmiştir (Koç Türkoğlu 2008; Roussounides ve ark. 2011; Mao ve ark. 2015; Ofori-Asenso and Agyeman 2016; Haney ve Kudubeş 2017). Çin'in farklı bölgelerinde yürütülmüş kentsel ve yarı kentsel alanlarda akılcı antibiyotik kullanım oranları arasında farklılıklar bildirilmiş, kentsel alanlarda akılcı ilaç kullanım oranlarının anlamlı olarak yüksek olduğu gözlenmiştir (Li ve ark. 2016). Sonuçlarımızın literatürden farklı bulunmasının nedeni çalışılan bölgenin yarı kentsel bir alan olmasına rağmen üniversite ve üzeri eğitimlilerin ve yüksek gelir düzeyine sahip kişilerin yaklaşık dörtte üçünün ilçe merkezinde ikamet ediyor ile açıklanmıştır.

Araştırmada medeni durumu evli olanlar ile olmayanların akılcı ilaç kullanım oranları arasında anlamlı bir farklılık saptanamamıştır. Yürütülen araştırmalarda

bekarların ilaçları daha fazla akılcı olmayan kullanma eğiliminde oldukları ve evlilerin ilaçları daha az hatalı kullandıkları belirlenmiştir (Yapıcı ve ark. 2011; Kaya ve ark. 2015; Uğrak ve ark. 2015; Haddad ve Ebada 2017). Literatürde bulgumuzu destekler nitelikte çalışmalar bulunmaktadır (Çelik 2011; Aleem ve ark. 2016; Haney ve Kudubeş 2017). Ancak çalışmamızda medeni durum ile AİK arasında ilişkili bulunamamasının nedeni grubunuzun tamamına yakınının evli bireylerden oluşması ile açıklanmıştır.

Çalışmada çekirdek ailede yaşayanların ilaçları daha akılcı kullandığı, geniş veya parçalanmış ailede yaşayanlarda AOİK riskinin anlamlı şekilde daha yüksek belirlenmiştir. Konya ve Manisa'da yetişkinler ile yürütülen bir çalışmada geniş aile yapısına sahip bireylerin AOİK davranışlarının daha fazla gözlemlendiği (Ekenler ve Koçoğlu 2016; Hatipoğlu ve Özyurt 2016;), ailede beşten fazla kişi ile yaşayanların doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanım oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (Ekenler ve Koçoğlu 2016). Araştırmamızda anlamlı bir farklılık belirlenememekle birlikte kendisi hariç ailedeki birey sayısı üç ve daha fazla olan ya da iki ve daha fazla çocuğa sahip olan bireylerde akılcı olmayan ilaç kullanım oranlarının azaldığı belirlenmiştir. Akici ve ark. (2018) yürüttükleri çalışmada birey sayısı dört ve daha az olan ailelerin ilaçların akılcı kullanımına yönelik davranış eğiliminde olduklarını bildirmiştir. Cheng ve ark. (2017) Çin'de yürüttüğü bir çalışmada ise antibiyotik kullanımına ilişkin bilgi düzeylerinin ve davranışların hanedeki birey sayısı ile ilişkisi olduğu, hane sayısı üç ve daha az olan kişilerin bilgi düzeylerinin anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiştir. Hanedeki kişi sayısı fazla olan ailelerde tamamlayıcı tedavi uygulamaları açısından (soğuk uygulama, bitkisel çaylar içme vb.) deneyimlerin paylaşılmasının olumlu sonuçları olsa da sosyokültürel faktörlerin ve yanlış uygulamaların geniş aile yapısına sahip ailelerde daha fazla gözlenebileceği belirtilmiştir (Koç Türkoğlu 2008; Ekenler ve Koçoğlu 2016). Nitekim hanedeki çocuk sayısının da toplam hanedeki kişi sayısı ile doğrusal ilişkili olduğu düşünüldüğünde sonuçların bu durumdan etkilendiği söylenebilir.

Çalışmada gelir getiren herhangi bir işte çalışanların ve asgari ücretin üzerinde geliri olanların, gelirini yeterli düzeyde algılayanların ilaçları akılcı kullanma oranlarının değişkenlerin diğer kategorilerinde bulunan bireylere göre anlamlı olarak yüksek olduğu belirlenmiş; ileri analizlerde de gelir düzeyi ile AİK

arasında anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Suudi Arabistan'da düşük gelir düzeyine sahip bireylerin yanlış antibiyotik kullanma oranlarının iki kat fazla olduğu (Aleem ve ark. 2016); Çin'de ise yüksek gelir düzeyine sahip bireylerin akılcı ilaç bilgi düzeyi ve tutumlarının ve buna yönelik izlenen davranışların daha fazla akılcı olduğu bildirilmiştir (Bian ve ark. 2015). Yürütülen diğer çalışmalarda da toplumsal riskler açısından dezavantajlı olan düşük gelir düzeyine sahip bireylerin akılcı ilaç kullanım oranlarının düşük olduğu bildirilmiştir (Çelik 2011; Shehadeh ve ark. 2012; Ekenler ve Koçoğlu 2016; Li ve ark. 2016; Haddad ve Ebada 2017).

Reçetesiz ilaç kullanma oranlarının işsizlerde, işçilerde ve ev hanımlarında en yüksek düzeyde olduğu, memurlarda bu oranın en düşük düzeyde gözlendiğini bildirilmiş, mesleğin gelir düzeyini etkilediği göz önünde bulundurulduğunda 2000 TL ve üzerinde geliri olanların AİK oranlarının anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir (İlhan ve ark. 2014). Erzurum'da yürütülen bir araştırmada gelir düzeyi, meslek gibi değişkenlerin akılcı ilaç kullanım uygulamaları ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (Güneş 2014). Araştırmamızda mesleği memur olanların ilaçları daha akılcı kullandığı saptanmış ve sonucun literatürü desteklediği gözlenmiştir.

Gelir düzeyindeki yükseklik veya meslek varlığı sosyal güvence varlığını da etkilemektedir. Araştırma sonuçlarımızın literatür ile uyumlu olduğu (Akici ve ark. 2017; Haney ve Kudubeş 2017) ve sosyal güvencesi olan hastaların doktora gitme eğiliminin arttığı, eczacı tavsiyesiyle ilaç kullanma veya evdeki ilacı kullanma davranışlarının azaldığı belirlenmiştir. Literatürde sosyal güvencesi olmayan hastaların reçetesini zamanında almama ve ilaçlarını yanlış biçimde kullanma, tedaviyi tamamlamama, tavsiye ile ilaç kullanma veya ilaç tavsiye etme davranışlarının daha fazla gözlendiği bildirilmiştir (Sürmelioglu ve ark. 2015; Akici ve ark. 2017). Yapılan bir sistematik derlemede ekonomik teşviklerin ve sağlık sigortası kapsamının AOİK kullanımını etkileyen faktörler arasında olduğu gösterilmiştir (Mao ve ark. 2015). Sadece hastaları değil, hekimleri de etkileyen hastaların sosyal güvencesinin yokluğu, hekimlerin standart tanı ve tedavi ilkeleri doğrultusunda reçete yazmalarını engelleyen faktörler arasında bildirilmiştir (Oh ve ark. 2018).

Araştırmada okuma-yazma aktivitelerinde başkalarından yardım almayan, ilaç prospektüslerini okuyan katılımcıların değişkenlerin diğer kategorilerinde yer alan kişilere göre akılcı ilaç kullanım oranlarının daha yüksek olduğu saptanmış, ancak aralarında anlamlı farklılık belirlenememiştir. Yürütülen çalışmalarda sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler arasında bildirilen düşük sosyal belirleyicilerin akılcı ilaç kullanım oranlarını da etkilediği gösterilmiştir (Roussounides ve ark. 2011; İncesu 2017; Golboni ve ark. 2018;). Türkiye'nin Kapadokya Bölgesinde yer alan Nevşehir, Niğde, Kırşehir, Kayseri ve Aksaray illerinde 18 yaş üzeri yetişkinler ile yürütülen araştırmada her beş katılımcıdan yaklaşık dördünün ilaçların prospektüslerini okuduğu belirlenmiş, en fazla sırasıyla ilacın endikasyonu, yan etkileri, kullanım şekli, uyarılar ve kontrendikasyonların okunduğu bildirilmiştir (Mete ve Ünal 2017). Türkiye'nin Bartın, Amasya, Bayburt, Bolu, Eskişehir, Bilecik, Kastamonu, Gümüşhane, Çankırı, Denizli, Karabük, Kırşehir illerini kapsayan 12 farklı şehirde yürütülen bir başka çalışmada ise hem birinci hem de ikinci basamağa başvuranlarda ilaç prospektüslerini okuma davranışını gösteren kişilerin kadın cinsiyette, genç yaş gruplarında, yüksek eğitimlilerde daha fazla gözlemlendiği belirlenmiştir (Akici ve ark. 2017).

Çalışmanın bir diğer bulgusu akılcı ilaç kullanım oranlarının ilaç prospektüslerini anlayan ve ilaçların kullanım şeklini anlayan katılımcılarda daha yüksek olduğudur. İstanbul'da birinci basamak sağlık kurumlarına başvuran hastaların kullandığı ilaçları hakkında bilgisini araştıran bir çalışmada ilaçlarını doğru bir şekilde adlandıran hastalar, ilaçlarının adını hatırlayamayan hastalara göre iki kat daha ilaç etkisini bildiği saptanmış ve hastaların ilaç hakkındaki bilgi düzeyi terapinin sonucuyla oldukça ilişkili olduğu gözlenmiştir (Akıcı ve ark. 2004). Akıcı ve ark. (2015) yürüttüğü farklı bir çalışmada ise hastanelere göre ASM'ye başvuran hastaların reçetelerindeki ilaçların nasıl kullanılacağını daha fazla bildiği, hastaların hekim tarafından verilen bilgiyi yeterli bulduğu ve hastaların ASM'deki hekimlerin kendilerine anlayacakları şekilde anlattığı için birinci basamağa daha fazla başvurduğu belirlenmiştir. Araştırma grubumuzun yaklaşık yarısının hastalandıklarında ilk başvurdukları kurumun ASM olduğu, hasta yoğunluğunun daha az ve hasta başına ayrılan sürenin daha fazla olduğu düşünüldüğünde

bulgumuzun literatürü destekler nitelikte olduğu gözlenmiştir (Başaran ve Akıcı 2012; 2013; İlhan ve ark. 2014; Akıcı ve ark. 2015).

Araştırmada hastalık durumunda ilk olarak eczaneye başvuran 13 kişi olduğu ve bu kişilerin tamamının ilaçları akılcı kullanmadığı belirlenmiştir. İlhan ve ark. (2014) Ankara’da yetişkinler ile yürüttüğü araştırmada sağlık sorunu olduğunda katılımcıların %8’inin eczaneye, yaklaşık %60’ının sağlık kuruluşuna başvurduğu ve yaklaşık %30’unun evdeki ilaçlardan kullandığı belirlenmiştir. Hatipoğlu ve Özyurt (2016) araştırmasında son bir ay içinde yaşanan rahatsızlıkta ilk olarak yaklaşık %8’inin eczane başvurarak ilaç aldığı, %17’sinin ise evdeki ilaçlardan kullandığı belirlenmiştir. Koç Türkoğlu (2008) yapmış olduğu çalışmada eczanelerden reçetesiz ilaç alma oranının yüksek olduğunu bildirmiştir. Literatür ile uyumlu olan bu sonuca göre, ileri analizlerde anlamlı bir farklılık belirlenememesinin nedeni diğer sağlık kuruluşlarına başvuran katılımcıların tamamına yakınının sağlık güvencesi olanlardan ve sağlık hizmetlerine kolay erişim sağlayanlardan oluşmasından kaynaklanmış olabilir.

AOİK üzerine gerçekleştirilen çalışmalarda bildirilen temel sorunlar arasında gereğinden çok ilaç reçete edilmesi, reçetesiz ilaç kullanılması, ilaçların yanlış kullanılması, gereksiz yere pahalı olan ilaçların kullanılması, gereksiz antibiyotik kullanılması gibi durumlar yer almaktadır (Akıcı 2015; Ekenler ve Koçoğlu 2016). Araştırmamızda reçetesiz ilaç kullanım prevalansı %90,0 olarak belirlenmiş, en fazla reçetesiz ağrı kesici kullanıldığı, ancak AİK oranları ile arasında anlamlı bir farklılık olmadığı gözlenmiştir. Literatürde reçetesiz ilaç kullanım sıklığının %12,5- %76,4 arasında değiştiği bildirilmiştir (Boylubay 2012; Doğan ve ark. 2016; Hatipoğlu ve Özyurt 2016; Cheng ve ark. 2017; Hajjar ve ark. 2017; Han ve ark. 2017). İzmir’de yürütülen bir araştırmada 61 yaş üzeri yetişkinlerin yaklaşık üçte birinin ve üç daha fazla sayıda ilaç kullandığı ve en fazla kullanılan ilaç türünün antihipertansif ilaçlar olduğu saptanmıştır (Haney ve Kurdubeş 2016). Amerika’da en fazla reçetesiz kullanılan ilacın opioidler olduğu bildirilmiştir (Han ve ark. 2017). Yaşa bağlı olarak değişiklik gösteren ilaç türünün ülkemizde yürütülen çalışmalarda da çoğunlukla ağrı kesici olduğu bildirilmiştir (Kaya ve ark. 2012; Baş ve ark. 2013; Hatipoğlu ve Özyurt 2016; Akıcı ve ark. 2017). Reçetesiz alınabiliyor olması, yan etkilerinin daha az olduğunun düşünülmesi, maliyetinin uygun olması ve evlerinde depolanma

oranlarının yüksek olmaları nedeniyle kullanımın yüksek olduğu tahmin edilen ağrı kesicilerin reçetesiz ilaç kullanım oranlarını arttırdığı düşünülmüştür. Sonuçlarımızın literatür ile uyumlu olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızda annelerin daha fazla oranda evde ilaç bulundurduğu, gerekli olabilir düşüncesiyle ilaç yazdırıp satın aldığı, tavsiye ile ilaç kullandığı ve başkalarına ilaç tavsiye ettiği gözlenmiştir. İlaçların hekimin belirttiği veya prospektüste belirtilen doz ve biçimden farklı kullanılması, öngörülen süreden önce kesilmesi, olumsuz sonuçlara neden olabileceği gibi, evde kullanılmayan ilaçların sayısını da arttırmaktadır (Güneş 2014). İnsanlar hastalandıklarında daha önceki deneyimlerine dayanarak evlerinde bulunan ilaçlardan herhangi birini kullanabilmekte, arkadaş, akraba ve yakınlarının verdiği tavsiye ile ilaç alabilmekte veya eczanelerden reçetesiz olarak almış oldukları ilaçları kullanabilmektedir. “Self medikasyon” olarak adlandırılan bu durum bir hekime danışmaksızın kendi kendine ilaç kullanma alışkanlığı olarak da bilinmekte ve ilaçların yanlış kullanımını arttırmaktadır (Garofalo ve ark. 2015; Italia ve ark. 2015; Pavydè ve ark. 2015; Cheng ve ark. 2017; Okyay ve Erdoğan 2017).

Adölesanlar ve genç yetişkinler ile yürütülen çalışmalarda self-medikasyon oranlarının %2 ile %92 arasında değiştiği (Shehnaz ve ark. 2014; Ahmadi ve ark. 2016; Kamitalu ve Aloni 2016; Okyay ve Erdoğan 2017); baş ağrısı, alerji ve ateşin en yaygın görülen şikayetler olduğu ve ağrı kesici ve antibiyotiklerin en fazla kullanılan ilaçlar olduğu bildirilmiştir (Shehnaz ve ark. 2014). Elazığ’da hastaların yaklaşık üçte ikisinin self-medikasyon uyguladığı, bu durumun erkeklerde, 18 yaş altında ve kronik hastalığı olan 65 yaş üstü bireylerde daha fazla gözlemlendiği belirlenmiştir (Nayir ve ark. 2016). Amerika’da yapılan bir çalışmada ise genç yetişkinlerde akılcı olmayan ilaç kullanımındaki en önemli sorunun akranların önerileri, birbirlerini etkilemeleri olduğu bildirilmiştir (McCabe ve ark. 2018). Ürdün’de yetişkinlerin yaklaşık yarısının tavsiye ile antibiyotik kullandığı yaklaşık üçte birinin evde antibiyotik bulundurduğu ve yaklaşık üçte birinin ise analjezik yerine yanlışlıkla antibiyotik kullandığı saptanmıştır (Shehadeh ve ark. 2012). Evde ilaç depolanmasına yönelik yürütülmüş çalışmalarda katılımcıların yarıya yakının evlerinde ilaç bulunduğu, yaş ilerledikçe ve kronik hastalık varlığında depolama davranışlarının yaygın olduğu bildirilmiştir (Wondimu ve ark. 2013; Uğrak ve ark.

2015; Köse ve ark. 2017 ss.258;). Ülkemizde tavsiye ile ilaç kullanma, ilaç tavsiye etme, hekimden ilaç yazmasını isteme, evlerinde ilaç depolama davranışlarının sıklıkla gözlemlendiği belirlenmiştir (Aslan ve ark. 2012 ss.561; Özdiç ve ark 2015; Ekenler ve Koçoğlu 2016; Akici ve ark. 2017). Bu durum annelerin çocuklarına yönelik uygulamalarında, kendilerini yönelik akılcı ilaç kullanımıyla ilgili alışkanlıklarının yansımalarının olabileceği ve Sonuçlarımızın literatürü desteklediği gözlenmiştir.

Reçetesiz ilaç kullanımının semptomları gizleme, hastalığın tanılmasını geciktirme gibi birçok sakıncaları da bulunmakla birlikte aşırı derecede tüketilmesi ilaca bağlı istenmeyen etkileri de beraberinde getirmektedir (Güneş 2014). Bunlardan en fazla karşılaşılan sorunlardan biri olan antibiyotik direnci dünyada en önemli sağlığı sorunları arasında yer almakta, hekim önerisi olmadan reçetesiz antibiyotik kullanımı nedeniyle de hızla artmaktadır (Li ve ark. 2016; Cheng ve ark. 2017; Rather ve ark. 2017; SB 2017a).

Grubumuzun reçetesiz antibiyotik kullanım prevalansı %19,1 olarak belirlenmiş, ancak analizlerde AİK ile arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Yurt dışında yürütülen çalışmalarda reçetesiz antibiyotik kullanım sıklığının %7,3-%65,6 arasında değiştiği belirlenmiştir (Widayati ve ark. 2011; Shehadeh ve ark. 2012; Al-Harbi ve ark. 2017; Cheng ve ark. 2017; Hajjar ve ark. 2017). Türkiye’de Ankara İl Merkezi, Etimesgut, Gölbaşı, Sincan ilçelerinde ASM başvuran 18 yaş ve üstü 1200 yetişkinin %34,2’si son bir ay içerisinde antibiyotik kullanmış; bunların %14,2’si doktor önerisi olmadan kullanırken, %13,0’ı kendisi doktora reçete etmesini istemiştir (Özkan ve ark. 2012 ss.340). Konya’da yürütülen araştırmada ise doktora danışmadan antibiyotik kullanım oranının %15,8 olduğu belirlenmiştir (Ekenler ve Koçoğlu 2016). Yürütülen diğer çalışmalarda sadece toplumun değil hekimlerin ve eczacıların da antibiyotiklerin yüksek kullanımında etkili olduğu gösterilmiştir (WHO 2014; Saygılı ve Özer 2015; Zhang ve ark. 2016; Altındış 2017). Hekimlerin yanlış bilgi ve tutumları ile ilişkilendirilen bu durum (Yin ve ark. 2013; Joseph ve ark. 2015; Baig ve ark. 2017; Chaudhari ve ark. 2017,) eczacıların yanlış yönlendirmesi ile daha ciddi boyuta ulaştığı saptanmıştır (Yakıмова 2015). Sonuçlarımızın literatüre göre daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde AİK kapsamında yapılan düzenlemelerde 1 Nisan 2016

tarihinden itibaren antibiyotiklerin reçetesiz satışı yasaklanmış, verilerimiz ise en son 13 Mart 2016 tarihinde toplanmıştır. Yasaktan etkilenmeden ve literatürden daha düşük düzeyde gözlenen prevalansın ülkede yürütülen AİK farkındalık çalışmalarının etkin sürdürülmesinden ve grubumuzun genç olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür. Ancak her beş kişiden birinin antibiyotiklere erişiyor olması ilaçların zamanından önce bırakıldığı ve evde depolama davranışlarının devam ettiği gibi katılımcıların ilaçların akılcı olmayan uygulamaları sürdürmesi ile açıklanmıştır.

Antibiyotiklerin yanlış kullanımı temel sağlık bilgisinin yetersiz olması ile ilişkilidir (Li ve ark. 2016). Çin’de yürütülen bir araştırmada katılımcıdan tamamına yakının “antibiyotik” terimini duyduğu, beşte dördünün daha önce antibiyotik reçetesi aldığı, üçte birinde ise antibiyotik uyumsuzluğunun gözlendiği belirlenmiştir. Antibiyotikler hakkında yetersiz bilgiye sahip kişilerde uyumsuzluğun daha fazla gözlendiği, antibiyotik bilgisinin eksikliğinin eğitimden bağımsız olarak uyumsuzluğun kritik bir belirleyicisi olduğu saptanmıştır (Chen ve ark. 2014). Araştırmamızda da grubunun akılcı ilaç veya antibiyotik kullanımı ile bilgi düzeyini belirlemeye yönelik sorular sorulmuş ve AİK oranları ile ilişkisi araştırılmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların üçte birinden fazlası antibiyotiklerin ateş düşürücü özelliği olmadığını bildiği, ancak AİK açısından farklılık olmadığı saptanmıştır. Ankara’da yürütülen araştırmada yetişkinlerin dörtte birinin antibiyotiklerin ateş düşürücü özelliği olmadığını bilgisine sahip olduğu gözlenmiştir (Özkan ve ark. 2012 ss.340). Kore’de yürütülen bir araştırmada ise katılımcıların üçte birinin ‘antibiyotiklerin virüsleri öldürdüğü’, üçte ikisinin ‘antibiyotik direnci olduğunda bakterilerin antibiyotiklerle öldürülemeyeceği’, üçte birinin ise ‘antibiyotiklerin yan etkilerinin olduğu’ bilgisine sahip olduğu, antibiyotik kullanımı bilgi düzeyi yeterli olanların antibiyotikleri akılcı kullanımının tutumlarına yansıdığı, eğitim kampanyalarına katılanların daha iyi tutumlar sergilediği bildirilmiştir (Kim ve ark. 2011). Suudi Arabistan’da katılımcıların üçte ikisi antibiyotiklerin virüsler üzerinde etkisi olduğunu, yarısı ise burun akıntısı, öksürük, boğaz ağrısı veya ateşlendiğinde antibiyotiklerin kullanılabileceğini ifade etmiş, antibiyotikleri reçeteli kullanan ailelere göre reçetesiz ilaç kullanan ebeveynlerin ateşli herhangi bir enfeksiyon hastalığının antibiyotikler tarafından tedavi edilmesi gerektiğine



inandıkları belirlenmiştir (Aleem ve ark. 2016). Sonuçlarımızın literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Araştırmamızda annelerin beşte biri antibiyotiklerin soğuk algınlığı, grip gibi viral hastalıkları tedavi etmediği bilgisine sahiptir. Ankara’da yürütülen iki farklı çalışma sonuçlarına göre yetişkinlerin yaklaşık yarısının viral enfeksiyonlarda antibiyotik alınmayacağını bildiği, ancak üçte birinin grip soğuk algınlığı gibi durumlarda doğrudan eczaneden antibiyotik aldığı belirlenmiştir (Aslan ve ark. 2012 ss.560; Özkan ve ark. 2012 ss.340). Yurt dışında yürütülen çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edildiği (Widayati ve ark. 2011; Shehadeh ve ark. 2012; Godycki-Cwirko ve ark. 2014), ileri yaşların, düşük eğitim ve düşük gelir düzeyinin, hanedeki kişi sayısının ve sağlık güvencesinin bilgi düzeyinde belirleyici olduğu saptanmıştır (Kim ve ark. 2011; Cheng ve ark. 2017). Sonucumuzun literatürü desteklediği, bilgi düzeylerinin genel olarak düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Araştırmamızda katılımcıların üçte biri antibiyotiklerin burun akıntısı ve öksürüğü hafifletme özelliği olmadığı bilgisine sahiptir. Çin’de yürütülen bir araştırmada katılımcıların yaklaşık beşte birinin çoğu öksürük için antibiyotiklere ihtiyaç olmadığı bilgisine sahip olduğu ve oranların eğitim düzeyine göre anlamlı olarak arttığı belirlenmiştir (Cheng ve ark. 2017). Literatürde yürütülmüş diğer çalışmalarda da doğru bilgiye sahip kişilerin benzer oranlarda olduğu belirlenmiştir (Kim ve ark. 2011; Godycki-Cwirko ve ark. 2014; Aleem ve ark. 2016; Köse ve ark. 2017 ss.258 ).

Araştırmamızda antibiyotiklerin doktorun önerdiği süreden erken bırakılması veya uzun kullanılması durumunda ya da gereksiz kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşacağını bilen annelerin AİK kullanım oranlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Ankara’da 1200 yetişkinin tamamına yakını antibiyotiklerin doktorun belirlediği süre ve dozda uygun antibiyotik kullanılması gerektiğini ve uygun doz ve sürede alınmazsa hastalığın tekrarlayabileceğini, yarısı ise belirtiler geçince tedaviye son verilmemesi gerektiğini ifade etmiştir (Özkan ve ark. 2012 ss.340). Kore’de yürütülen bir araştırmada katılımcıların çoğunluğunun “direnc” kavramını anlamalarına rağmen “antibiyotik direncinin” gerçekleştiği koşulların farkında olmadığı, antibiyotiklerin reçete edilen dozdan daha uzun süre

kullanımlarında bakterilerin antibiyotiklere daha dirençli hale geleceğini ifade etmişlerdir (Kim ve ark. 2011). Polonya’da yürütülen toplum tabanlı bir araştırmada yetişkinlerin %77’si bakterilerin antibiyotiklere direnç geliştirebileceğini bilmektedir ve bu bilgi kentsel alanda yaşayanlarda anlamlı düzeyde yüksek belirlenmiştir (Godycki-Cwirko ve ark. 2014).

Araştırmamızda ilaç fiyatındaki artışa bağlı olarak ilacın etkinliğinin artmadığı bilgisi olan katılımcıların ilaçları akılcı kullanma oranlarının yüksek olduğu ve bilmeyenlerin AOİK bakımından daha fazla risk altında olduğu belirlenmiştir. Aslan ve ark. (2012 ss.560) Ankara’da yürüttüğü araştırmada katılımcıların doktorun reçete ettiği ilacın fiyatına dikkat etme oranının düşük olduğu, ancak eczaneden ilaç alındığında yarısının ilacın fiyatına dikkat ettiğini belirlenmiş, sağlık güvencesi olanların üçte ikisinin ilacın fiyatını önemsemedikleri saptamıştır. Genel olarak bilgi düzeyini belirleyen çalışma sonuçlarımızın literatürde yürütülen diğer çalışmalar ile benzer özellikler gösterdiği, bazı bilgilerde ise daha iyi düzeyde olduğu belirlenmiştir. AİK farkındalığı ile açıklanabilen bu duruma göre araştırmamızda katılımcıların yaklaşık yarısının AİK farkındalığının olduğu ve farkındalığı yüksek olan annelerin yaklaşık 14 kat daha fazla ilaçları akılcı kullandığı belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer olarak Nayir ve ark. 2016 yılında yapmış olduğu çalışmada katılımcıların AİK ve antibiyotiklerin akılcı kullanımını, yaklaşık yarısının duyduğu saptanmıştır. Suudi Arabistan’da gerçekleştirilen bir çalışmada katılımcıların yarıdan fazlasının yetersiz bilgiye sahip olduğu ve AİK konusunda olumsuz tutum ve davranışların yüksek olduğu bildirilmiştir (Al-Harbi ve ark. 2017). Yürütülen bir başka çalışmada üst solunum yolu enfeksiyonlarına sahip olan hastaların antibiyotik kullanma durumlarının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmada eğitim düzeyi arttıkça hastaların ilaç kullanımına yönelik bilgi düzeylerinin de arttığı bildirilmiştir (Hajjar ve ark. 2017). Sonuçlarımızın diğer ülkelerle benzer düzeyde gözlenmesinin nedeni uluslararası ve ulusal düzeyde topluma yönelik yürütülen farkındalık çalışmalarının (kamu spotu vb.) yetersiz olması, yürütülen çalışmaların başarısız olması, etkin yürütülmemesi, topluma yansımalarının yetersiz olması ve uygun politikaların yapılmamasından kaynaklanmış olabilir. AİK prevalansının, AİK farkındalığından düşük olması ise

yürütülen farkındalık çalışmalarının kısmen etkili ancak toplumun uygulamada başarısız olduğunu da göstermektedir.

AİK sadece toplumun değil, hekimler başta olmak üzere eczacı ve diğer sağlık çalışanlarının da sorumlu taraflar olduğu bildirilmiştir (Altındış 2017). Ülkemizde Kahramanmaraş'ta asistan hekimler ile yürütülen bir araştırmada katılımcıların yaklaşık üçte birinin AİK eğitimi almadığı, yaklaşık üçte ikisinin AİK Komitesinin varlığı bilmediği ve yaklaşık dörtte üçünün ihtiyaç duyduğunda bu komiteye ulaşamadığı gözlenmiştir (Yağar ve Soysal 2018). Kırıkkale'de hekimler ile yürütülen bir araştırmada ise hekimlerin yarıdan fazlasının AİK konusunda herhangi bir eğitim almadığı belirlenmiştir (Saygılı ve Özer 2015). İstanbul'da yürütülen araştırmalarda da hekimlerin hastalara ayırdıkları sürenin yetersiz olduğu, reçete ettikleri ilaçların ilaç etkileşimleri ile ilgili özellikleri, piyasa fiyatlarını ve izlenebilirliğini daha az bildiği ve hekimler arasında AİK uygulamalarının tam olarak uygulanmadığı belirlenmiştir (Basaran ve Akici 2012; 2013). Bu sonuçlar AİK konusuna daha fazla değinilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

Annelerin AİK ile çocuklarına yönelik reçetesiz ilaç (%66,3) ve reçetesiz antibiyotik kullanım (%6,3) oranları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu belirlenmiştir. Literatürde yürütülen çalışmalarda ebeveynlerin çocuklara reçetesiz ilaç kullanım oranlarının %8,0-65,0 arasında değiştiği bildirilmiştir (Oliveira ve ark. 2010; Coşkun 2012; Suluhan ve ark. 2014; Ekenler ve Koçoğlu 2016). Literatür ile uyumlu, yüksek düzeyde gözlenen prevalansların eczanelere tezgah üstü ilaç satışlarından kaynaklandığı tahmin edilmiştir.

Yapılan çalışmalarda reçetesiz antibiyotik kullanım sıklığı ise %8,0 - %35,1 arasında gözlenmiştir (Koç Türkoğlu 2008; Kenesarı ve Özçakar 2016; Li ve ark. 2016). Özellikle reçetesiz antibiyotik kullanma durumunun yetersiz bilgi nedeniyle ortaya çıktığı, farkındalığı olan annelerin akılcı antibiyotik kullanma oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Koç Türkoğlu 2008). Yapılan çalışmalarda antibiyotik kullanma sıklığının ve akılcı antibiyotik uygulamalarının düşük sosyal belirleyicilerden etkilendiği ve reçete edilen antibiyotiklerin hatalı kullanımlarının yaygın olduğu bildirilmiştir (Roussounides ve ark. 2011; Di Martino ve ark. 2017; Al-Shawi ve ark. 2018). Araştırmamızda da yaklaşık her on anneden birinin çocuğun

soğuk algınlığı, nezle ve grip gibi viral hastalıklarında reçetesiz antibiyotik kullanmakta olduğu saptanmıştır. Literatür ile (Kim ve ark. 2011; Özkan ve ark. 2012; Aleem ve ark. 2016; Ekenler ve Koçoğlu 2016; Cheng ve ark. 2017) benzer olan sonuçlarımız, yüksek oranda gözlenen reçetesiz antibiyotik kullanımının ebeveynlerin reçetesiz ilaç kullanım alışkanlıklarından kaynaklandığı ve bu durumun çocuklarına yönelik uygulamalarda benzer hataları yapmaları ile açıklanmıştır. Ayrıca annelerin yaklaşık üçte ikisinin lise ve üzeri eğitilmiş olmasına rağmen, antibiyotik kullanımına yönelik bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu, bu açıdan sağlık profesyonellerinden daha fazla yardım almaları gerektiği anlaşılmıştır.

Çocuklara yönelik ilaçların akılcı kullanımında en sık gözlenen hatalar ilaç dozunu ayarlamada, birden fazla ilaç verilmesi gerektiğinde, çocuk ilacı kustuğunda, ilaç verme zamanlarında, ilaç verme sürelerinde ilacı verdiği ölçekte, yetişkin ilaçlarının çocuklara verilmesinde ve ilaçların başka besinler ile karıştırılarak verilmesinde ortaya çıkmakta ebeveynlerin bilgi kaynağı ise AİK önemli rol oynamaktadır (Yılmaz ve ark. 2013; Aleem ve ark. 2016; Kenesarı ve Özçakar 2016; Kılıç ve ark. 2016). Çalışma sonuçlarımızda da annelerin benzer hatalar yaptıkları ve bu hataların annelerin tecrübeleri ile de ilişkili olduğu, sonuçlarımızın literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.

Ebeveynlerin çocukların hatalı ilaç kullandığı en fazla gözlenen durumlar arasında çocuğun ateşlendiği ve ishal olduğu zamanlarda ortaya çıkmaktadır (Ulaş ve ark.2012; İnce ve ark. 2014; Li ve ark. 2016; Rogawski ve ark. 2017). Annelerin ateş olarak kabul edilen sınırları tam olarak bilmemesi, verilen ateş düşürücünün dozunu çocuğunun yaşına ve kilosuna göre ayarlayamaması, ateşi çıktığında ilk uygulama olarak ateş düşürücü kullanması, ishal durumlarında reçetesiz antibiyotik kullanımı hatalı uygulamalar arasındadır (Coşkun 2012; Karaca ve Beklen 2012; Özkan ve Öztürk 2012). Ülkemizde gerçekleştirilen çalışmalarda annelerin eğitim düzeyindeki artışa bağlı olarak vücut ısısı ölçülmesinde kullanılan yöntem ile ateş kabul edilen vücut ısısı değerini doğru bir şekilde belirlediği ve evde yanlış uygulamalar yapmadıkları bildirilmiştir (Halıcıoğlu ve ark. 2011; Türe 2011; Karaahmetoğlu ve ark. 2012). Araştırmamızda annelerin çocuklarına yönelik bu uygulamalarda akılcı davrandıkları, sonuçların literatür ile benzer olduğu belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımızda beş yaş altı çocuğu olan annelerin genel

olarak kendilerine kıyasla, çocuklara yönelik uygulamalarda ilaçları akılcı kullandığı belirlenmiştir. Bu durum çocuklarına yönelik uygulamalarda daha hassas ve dikkatli olmaları ile açıklanmıştır.

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma Kırklareli Pınarhisar İlçesi'nde beş yaş altı çocuğu olan toplam 320 anne ile gerçekleştirilmiş olup, araştırma sonucunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- ✓ Her on anneden sadece üçü ilaçları akılcı kullanmaktadır.
- ✓ Kadınların AİK bazı sosyo-demografik özelliklerden (aile tipi, aylık gelir, eğitim durumu, en uzun süre yaşanan yer) etkilenmektedir, ancak aile tipi ve aylık gelir düzeyi daha önemli bir belirleyicidir.
- ✓ Annelerin onda dokuzu reçetesiz ilaç kullanmaktadır ve çocuklarına ise yaklaşık üçte ikisi reçetesiz ilaç kullanmaktadır.
- ✓ Reçetesiz kullanılan diğer ilaçlar içinde anneler kendilerine en fazla ağrı kesicileri, çocuklarına ise en fazla ateş düşürücüler kullanmaktadır.
- ✓ Her beş kadından yaklaşık ikisi evde ilaç bulundurmakta; tekrar kullanımlarda en fazla son kullanma tarihinin dolmamış olmasında dikkat etmekte, sadece üçte biri hekimden bilgi almaktadır.
- ✓ Yetişkinler arasında ilaç tavsiye etme oranları, başkalarının çocuklarına ilaç tavsiye etme oranından yaklaşık dört kat fazladır.
- ✓ Anneler kendilerine oranla çocuklarına daha az tavsiye üzerine ilaç kullanmaktadır.
- ✓ Tavsiye ile kendi çocuğuna ilaç kullanan ve başkasının çocuğuna ilaç tavsiye eden annelerin AOİK oranları anlamlı düzeyde yüksektir.
- ✓ Annelerin beşte biri reçetesiz antibiyotik kullanmaktadır ve çocuklarına ise daha az oranda reçetesiz antibiyotik kullanmaktadır.
- ✓ Antibiyotiklerin soğuk algınlığı, grip gibi viral hastalıkları tedavi etmediğini, antibiyotiklerin ateş düşürücü özelliği olmadığını, antibiyotiklerin burun akıntısı

ve öksürüğü hafifletme özelliği olmadığı bilgisine sahip katılımcıların oranı düşük düzeydedir.

- ✓ Katılımcıların yaklaşık yarısı antibiyotiklerin doktorun önerdiği süreden erken bırakılması veya uzun kullanılması durumunda ve gereksiz antibiyotik kullanılması durumunda antibiyotik direnci oluşacağı bilgisine sahiptir ve bu bilgiye sahip olanların AİK oranları anlamlı düzeyde yüksektir.
- ✓ Yaklaşık her on anneden biri çocukların viral hastalıklarında reçetesiz antibiyotik kullanmaktadır.
- ✓ Çocuklarına reçetesiz ilaç vermeyi gerektiren durumlar arasında ilk sıralarda çocuğun soğuk algınlığı veya nezle olması, çocuğun ateşinin yükselmesi ve çocukta pişik olmasıdır.
- ✓ Katılımcıların dörtte üçü ilaç fiyatı arttıkça etkinliğinin artmayacağını bilmekte ve bu bilgiye sahip olanlar ilaçları 3,5 kat daha fazla akılcı kullanmaktadır.
- ✓ Annelerin ilaçların akılcı kullanımında AİK farkındalığı önemli bir belirleyicidir. AİK farkındalığı olanlar ilaçları 14 kat daha fazla akılcı kullanmaktadır.
- ✓ AİK uygulamaları içinde en fazla bilinenler doğru doz ve doğru ilaç bilgisidir.
- ✓ Anneler çocukları hastalandığında ilk olarak ilaçla tedaviyi tercih etmektedir.
- ✓ Annelerin yarıdan fazlası çocuklarına kullandığı sıvı ilaçları kutunun içinden çıkan ölçüsüyle verdiği, açlık-tokluk durumuna dikkat ettiği, tadı kötü ilaçları herhangi bir besinle karıştırmadığı, yetişkin ilaçlarını küçük dozlar halinde çocuklarına vermediği belirlenmiştir.
- ✓ Hastalık durumunda ilk olarak eczane dışı bir sağlık kuruluşuna başvuran ve evde ilaç bulundurmayan ve çocuğa verilen ilacın yan etkisi olduğunda hekime başvuran katılımcılar ilaçları daha akılcı kullanmaktadır.
- ✓ Çocuğa birden fazla ilaç verilmesi gerektiğinde ilaçların arasında biraz zaman geçmesini bekleyen ve ilacı verdikten yarım saat sonra kusmuşsa tekrarlamayan

anneler, diğer annelere göre yaklaşık 2 kat daha fazla ilaçları akılcı kullanmaktadır.

### **Öneriler**

- ✓ Beş yaş altı çocuğu olan annelerin birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurusu bir fırsat olarak görülmelidir ve AİK konusunda bu anneler eğitilmelidir.
- ✓ Özellikle antibiyotiklerin doğru kullanımı konusunda başta aile hekimleri olmak üzere tüm hekimlerin bu konuda duyarlı davranmaları sağlanmalı, hastayla görüşme süreçleri iyi değerlendirilmelidir.
- ✓ Kadınların AİK yönelik farkındalık çalışmalarının arttırılması, eğitim programları hazırlanmalı, bu programlara katılımda sosyal belirleyiciler açısından dezavantajlı gruplar önceliklendirilmelidir.
- ✓ Toplum doktoru danışmadan veya reçetesiz ilaç kullanmaya yönelten durumlar ile ilgili araştırmalar yapılmalı ve ilaç kullanımına yönelik sörveyans çalışmaları arttırılmalıdır.
- ✓ Tezgah üstü ilaç satışının azaltılmasına yönelik politikalar oluşturulmalı, denetimler arttırılmalıdır.
- ✓ Sahaya yönelik uygulamalarda AİK konusunda tüm tarafların sorumluluklarının yerine getirilmesi sağlanmalı ve AİK yönelik daha fazla çaba harcamalıdır.



## KAYNAKLAR

Abacıoğlu, N. (2005). Akılcı (Rasyonel) İlaç Kullanımı. *Bilim Eğitim ve Düşünce Dergisi*, 5(4), 1-7.

Ahmadi, S.M., Jamshidi, K., Sadeghi, K., Abdi, A., and Vahid, M. P. (2016). The prevalence and affecting factors on self-medication among students of Kermanshah University of Medical Science in 2014. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(5), IC01.

Aitken, M. (2015). *Medicines Use and Spending Shifts, A Review of the Use of Medicines in the U.S. in 2014*. IMS Institute for Healthcare Informatics 100 IMS Drive, Parsippany, NJ 07054, USA

Akbulut, H. (2008). *Konya İl Merkezinde Bulunan Sağlık Kurumlarında Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Teşhisi İle Düzenlenen Reçetelerin Akılcı İlaç Kullanımı Yönünden Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Farmakoloji- Toksikoloji (Vet) Anabilim Dalı, Konya.

Akıcı, A., Uğurlu., M.U, Kalaça, S., Akıcı, N.G, Oktay, S. (2004). Üst Solunum Yolu Enfeksiyonlarının Tedavisinde Pratisyen Hekimlerin İlaç Seçiminin Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 13, 263-7.

Akıcı, A. (2015). Akılcı İlaç Kullanımının Genel İlkeleri ve Türkiye'deki Güncel Durum. *Türkiye Klinikleri Journal Pharmacol-Special Topics*, 3, 1-10.

Akici, A., Mollahaliloğlu, S., Özgülcü, Ş., Dönertaş, B., Alkan, A. (2015). Birinci Basamak Sağlık Merkezlerine ve Devlet Hastanelerine Başvuran Hastaların Aldıkları Sağlık Hizmetinin Akılcı İlaç Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. *Turkish Family Physician* 6(1), 30-9.

Akici, A., Mollahaliloğlu, S., Dönertaş, B., Özgülcü, Ş., Alkan, A., Başaran, N.F. (2017). Patients' attitudes and knowledge about drug use: a survey in Turkish family healthcare centres and state hospitals. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 47(5), 1472-1481.

Akici,A., Aydın, V., Kiroglu, A. (2018). Assessment of the association between drug disposal practices and drug use and storage behaviors. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 26(1), 7-13.

Akkurt, B. (2016). *Araştırma Görevlilerinin (Branş) Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları*. Uzmanlık Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.

Aleem, M.A., Rahman, M.M., Ishfaq, M., Mehmood, K., Ahmed, S.S. (2016). Determinants of Antibiotics Misuse by the Parents in Children: A Survey From Northern Region of Saudi Arabia. *Bangladesh Journal of Child Health*, 40(2), 64-71.

Al-Harbi, T. F., Al-Harbi, M., Asdaq, S., Al-Yamani, M. (2017). Behavior of Community Pharmacist of Buraydah city, Saudi Arabia, on Dispensing Antibiotics Without Prescription: A Cross-Sectional Study. *Latin American Journal of Pharmacy*, 36(9), 1849-1853.

Al-Shawi, M.M., Darwish, M.A., Wahab, M.M.A., Al-Shamlan, N. A. (2018). Misconceptions of parents about antibiotic use in upper respiratory tract infections: A survey in primary schools of the Eastern Province, KSA. *Journal of Family and Community Medicine*, 25(1), 5.

Altındış, S. (2017). Akılcı İlaç Kullanımına Sistematik Bir Bakış. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 2, 34-38.

Ankara Eczacılar Odası (AEO) (2014). *Reçetesiz Antibiyotik Satışı ve Denetimi Hakkında*. Ankara Eczacılar Odası. Erişim: 14.05.2018, <http://eos.aeo.org.tr/UserFiles/files/RE%C3%87ETES%C4%B0Z%20ANT%C4%B0B%C4%B0YOT%C4%B0K.pdf>

Antimicrobial Resistance (AMR) (2016). The Antibiotic Resistance Challenge. Biomeriux. Erişim: 20.05.2018, <https://www.antimicrobial-resistance.biomerieux.com/>

Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD) (2012). *Türkiye’de İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu*. Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği, Ağustos. Erişim: 19.05.2018, <https://www.pwc.com.tr/tr/publications/industrial/pharma/pdf/ilac-sektoru-vizyon-2023-raporu.pdf>

Arshad, S., Mahmood, S., Rasool, S., Hayat, S., Zafar, S., Zehra, T. (2016). Rational Drug use in Pakistan: A systematic review. *Journal of Pharmacy Practice and Community Medicine*. 2(4), 116-122.

Aslan, F., Kabasakal, E., Öztürk E. (2012). *Temel Halk Sağlığı Bağlamında Toplumun İlaç Kullanma Alışkanlığının İncelemesi Üzerine Bir Araştırma*. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Bursa, s:559-562.

Aydın, B., Gelal, A. (2012). Akılcı İlaç Kullanımı: Yaygınlaştırılması ve Tıp Eğitiminin Rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(1), 57-63.

Baig, M.T., Sial ,A.A., Huma, A., Ahmed, M., Shahid, U. and Syed, N. (2017). Irrational antibiotic prescribing practice among children in critical care of tertiary hospitals. *Pakistan Journal of Pharmaceutical Sciences*, 30(4), 1483-1489.

Barker, A.K., Brown, K., Ahsan, M., Sengupta, S. and Safdar, N. (2017). Social determinants of antibiotic misuse: a qualitative study of community members in Haryana, India. *BMC Public Health*, 17(1), 333.

Barutçu, İ.A. Tengilimoğlu, D. ve Naldöken, Ü. (2017). Vatandaşların Akılcı İlaç Kullanımı, Bilgi ve Tutum Değerlendirmesi: Ankara İli Metropol İlçeler Örneği. *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(3), 1062-1078.

Basaran, N.F., Akıcı, A. (2012). Patients’ experience and perspectives on the rational use of drugs in Turkey: a survey study. *Patient Prefer Adherence*, 6, 719-724.

Basaran, N.F., Akıcı, A. (2013). Patients’ experience and perspectives on the rational use of drugs in Turkey: a survey study. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 69, 1581-7.

Baş, F. Y., Cankara, F.N. ve Yeşilot, Ş. (2013). Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Reçetesiz İlaç Kullanımının Değerlendirilmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 46-53.

Bian, C., Xu, S., Wang, H., Li, N., Wu, J., Zhao, Y. et al. (2015). A Study on the Application of the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model on Rational Drug Use Behavior among Second-Level Hospital Outpatients in Anhui, China. *PLoS One*, 10(8), e0135782.

Boylubay, Ö. (2012). *Antalya 24 No'lu Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Hastalarda Başvuru Öncesi İlaç Kullanımı*. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı. Bursa, s:552-553.

Chaudhari, V.L., Mali, S.N., Dawari, A.V. and Nishandar, T.B. (2017). Awareness about rational use of medicines among fresh Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery graduates. *Journal of Education Health Promotion*, 6, 94

Chen, M., Wang, L., Chen, W., Zhang, L., Jiang, H. and Mao, W. (2014). Does economic incentive matter for rational use of medicine? China's experience from the essential medicines program. *Pharmacoeconomics*, 32(3), 245-55.

Cheng, J., Coope, C., Chai, J., Oliver, I., Kessel, A., Wang, D., and Sun, Y. (2017). Knowledge and behaviors in relation to antibiotic use among rural residents in Anhui, China. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, doi: 10.1002/pds.4429.

Coşkun, Y.İ. (2012). *Annelerin Çocuklarında Ateş İle ilgili Bilgi Düzeyleri Tutum ve Davranışları*. İstanbul Bilim Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, İstanbul.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı (ÇSGB) (2016). Asgari Ücretin Net Hesabı ve İşverene Maliyeti. Erişim: 29.07.2016, [https://www.cs.gb.gov.tr/media/1692/2016\\_onikiay.pdf](https://www.cs.gb.gov.tr/media/1692/2016_onikiay.pdf).

Çelik E.A. (2011). *A Pilot Study on Rational Drug Use and Drug Usage Habits*. Yeditepe University Institute of Health Sciences Clinical Pharmacy Master Thesis, İstanbul.

De La Rosa, M., Huang, H., Brook, J. S., Sanchez, M., Rojas, P., Kanamori, M. et al. (2018). Sociocultural determinants of substance misuse among adult Latinas of Caribbean and South and Central American descent: A longitudinal study of a community-based sample. *Journal of Ethnicity Substance Abuse*, 1-21. doi: 10.1080/15332640.2016.1201716.

Demoré, B., Mangin, L., Tebano, G., Pulcini, C., and Thilly, N. (2017). Public knowledge and behaviours concerning antibiotic use and resistance in France: a cross-sectional survey. *Infection*, 45(4), 513-520.

Di Martino, M., Lallo, A., Kirchmayer, U., Davoli, M., and Fusco, D. (2017). Prevalence of antibiotic prescription in pediatric outpatients in Italy: the role of local health districts and primary care physicians in determining variation. A multilevel design for healthcare decision support. *BMC Public Health*, 17(1), 886.

Doğan, M., Mutlu, L.C., Yılmaz, İ., Bilir, B., Varol Saraçoğlu, G. and Yildirim Güzelant, A. (2016). Are treatment guides and rational drug use policies adequately exploited in combating respiratory system diseases? *Journal of Infection Public Health*, 9(1), 42-51.

Ekenler, Ş., Koçoğlu, D. (2016). Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi ve Uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 3(3), 44-55.

Garofalo, L., Di Giuseppe, G., Angelillo, I.F. (2015). Self-Medication Practices among Parents in Italy. *BioMed Reserch International* 2015, 580650.

Godycki-Cwirko, M., Cals, J.W., Francis, N., Verheij, T., Butler, C.C., Goossens, H. et al. (2014). Public beliefs on antibiotics and symptoms of respiratory tract infections among rural and urban population in Poland: a questionnaire study. *PLoS one*. 9(10), e109248.

Golboni, F., Nadrian, H., Najafi, S., Shirzadi, S., Mahmoodi, H. (2018). Urban-rural differences in health literacy and its determinants in Iran: A community-based study. *The Australian Journal of Rural Health*, 26(2), 98-105.

- Güler, A. (2016). Antibiyotik satışı artık reçete ile! Yeni Düzen e-gazete. Erişim: 14.05.2018, <http://www.yeniduzen.com/antibiyotik-satisi-artik-recete-ile-63159h.htm>
- Gülhan, R. (2013). Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29 (Ek sayı 2), 99-105.
- Güneş, D. (2014). *Yaşlıların İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgileri ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Güneş, Ü.Y., Gürlek, Ö., Sönmez, M. (2014). Factors contributing to medication errors in Turkey: nurses' perspectives. *Journal of Nursing Management* 22(3), 295-303.
- Haddad, M., Ebada, M. E. (2017). Demographic and socioeconomic characteristics of outpatients could modify their attitude towards misusing medications in northern Jordan. *Journal of Public Health Research*, 6(1).
- Hajjar, W., Alnassar, S., Al-Khelb, S., Al-Mutairi, S., Al-Refayi, N., and Meo, S. A. (2017). Antibiotics use and misuse in upper respiratory tract infection patients: Knowledge, attitude and practice analysis in University Hospital, Saudi Arabia. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 67(9), 1387-1392.
- Halıcıoğlu, O., Koç, F., Akman, S., Teyin, A. (2011). Ateşli çocuklarda; annelerin evde ateşe yaklaşımı, bilgileri ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hastanesi Dergisi*,1(1), 13-19.
- Han, B., Compton, W. M., Blanco, C., Crane, E., Lee, J. and Jones, C. M. (2017). Prescription opioid use, misuse, and use disorders in US adults: 2015 National Survey on Drug Use and Health. *Annals of Internal Medicine*, 167(5), 293-301.
- Haney, M.Ö., Kurdubeş, A.A. (2017). Kırsal Alanda Yaşayan Yetişkin Bireylerin İlaç Kullanma Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *TJFMPC* 11(4), 213-220.

Hatipoğlu, S., Özyurt, B.C. (2016). Manisa İlindeki Bazı Aile Sağlığı Merkezlerinde Akılcı İlaç Kullanımı, *TAF Preventive Medicine Bulltein*, 15(4): 1-8.

Hilmer, S.N., Gnjjidic, D. (2017). Prescribing for Frail Older People. *Australian Prescriber*, 40(5), 174-178.

Italia, S., Brand, H., Heinrich, j., Berdel, D., Von Berg., A. and Wolfenstetter, S.B. (2015). Utilization of self-medication and prescription drugs among 15-year-old children from the German GINIplus birth cohort. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 24(11), 1133-43.

İlhan, M.N. (2011). *Toplumda Antibiyotik Kullanımı Sıklığı ve Hekimlerin Antibiyotik Reçetesi Yazma Durumları ile İlişkili Etmenlerin Belirlenmesi Araştırması*. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı. Ankara, 4-50.

İlhan, M.N., Aydemir, Ö., Çakır, M., Aycan, S. (2014). Akılcı olmayan ilaç kullanım davranışları: Ankara'da üç ilçe örneği. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*. 12(3), 188-200.

İncesu, E. (2017). Akılcı ilaç kullanımında sağlık okuryazarlığı: Bir kamu hastanesi yatan hastaları üzerine bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 28-38.

Jamhour, A. El-Kheir, A., Salameh, P., Hanna, P.A. and Mansour, H.(2017). Antibiotic knowledge and self-medication practices in a developing country: A cross-sectional study. *American Journal of Infection Control*, 45(4), 384-388.

Joseph, F., Oladele, O., Oludare, O., Olatunde, O. (2015). Drug Prescribing Pattern for Under-Fives in a Paediatric Clinic in South-Western Nigeria. *Ethiopian Journal of Health Science*, 25(1), 73–78.

Kamitalu, R. K., Aloni, M.N. (2016). High School Students Are a Target Group for Fight against Self-Medication with Antimalarial Drugs: A Pilot Study in University of Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *Journal of Tropical Medicine*, 2016, 6438639.

Karaahmetoğlu, G.U., Kaçan, H.S., Zengin, N. (2012). 0–6 yaş grubu çocuğu olan annelerin ateş ve ateşli havale ile ilgili bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 4(2), 54-60.

Karataş, Y., Dinler, B., Erdođdu, T., Ertuđ, P., ve Seydaođlu, G. (2012). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Balcalı Hastanesi'ne başvuran hasta ve hasta yakınlarının ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakóltesi Dergisi*, 37(1), 1-8.

Katzung, G.B., Masters, S.B., Trevor A.J. (2009). *Basic and Clinical Pharmacology. Rational Prescribing and Prescription Writing*. 11. Edition, Mac GrawHill Medical.

Kaya, H., Turan, N., Keskin, Ö., Tencere, Z., Uzun, E., Demir, G. et al. (2012). Üniversite Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanma Davranışları. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 18(1), 35-42.

Kayaalp, O.S. (2009). Farmakolojiye Giriş, *Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji* (Ed S. O. Kayaalp). 12. Baskı. Ankara: Pelikan Kitabevi.

Kayseri Eczacı Odası (KEO) (2015). *Reçetesiz Antibiyotik Satışı Hakkında Duyuru*. Türk Eczacılar Birliği. Erişim: 02.02.2018, <http://www.kayserieo.org.tr/index.php?r=guncel&tur=2&ref=488>

Kenesarı, C. K., Özçakar, N. (2016). Annelerin çocuklarında antibiyotik kullanımına ilişkin yaklaşımları: Kısa bilgilendirme ne kadar etkili? *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 20(1), 16-22.

Kılıç, R., Kendir, Ö.T., Gökay, S.S., Çelik, T., Özkaya, A.K., Yılmaz, H.L. (2016). Çocuklarda Ateş ile İlgili Ebeveynlerin Tutum ve Davranışları. *Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Dergisi*, 3, 76-85.

Kılıç, S. (2015). *Antimikrobiyal Dirençte Sürveysın Önemi ve UAMDSS*. 30. Antibiyotik ve Kemoterapi Kongre Kitabı, 6-10 Mayıs 2015, Girne KKTC; 11.



Kim, S.S., Moon, S., Kim, E.J. (2011). Public Knowledge and Attitudes Regarding Antibiotic Use in South Korea. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(6), 742-9.

Koç Türkoğlu, F. (2008). *Pediatric Kliniğine Başvuran Annelerin Çocuklarda Antibiyotik Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Araştırılması*. Uzmanlık Tezi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Köse, E., Bedir, N., Erdoğan, N., Demirbaş, M., İnci, M.B., Karabel, M.P. ve ark (2017). *İl Merkezine Uzak Olan Bir İlçede Akılcı İlaç Kullanımı, Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi*. 19. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Antalya, 258.

Kutsal Y.G. (2006). Yaşlılarda Çoklu İlaç Kullanımı. *Türk Geriatri Dergisi*, 37-44.

Li, R., Xiao, F., Zheng, X., Yang, H., Wang, L., Yin, D. et al. (2016). Antibiotic misuse among children with diarrhea in China: results from a national survey. *PeerJ*, 4, e2668.

Mao,W., Vu, H., Xie, Z., Chen, W., Tang, S. (2015). Systematic review on irrational use of medicines in China and Vietnam. *PLos One*, 10(3), e0117710.

McCabe, S.E., Teter, C.J., Boyd, C.J., Wilens, T.E., Schepis, T.S. (2018). Sources of Prescription Medication Misuse Among Young Adults in the United States: The Role of Educational Status. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(2).

Mete, S., Ünal, Z. (2017). Kapadokya Bölgesi İl Merkezlerinde Yaşayanların İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 6(2), 661-80.

Mollahaliloğlu, S., Alkan, A., Dönertaş, D., Özgülcü, Ş., Akıcı A. (2011). Türkiye'nin Farklı İllerinde Yazılan Reçetelerin İlaç Kullanımı İlkeleri Açısından İncelenmesi. *Marmara Medical Journal*, 24, 162-73.

Nayır,T., Okyay, R.A., Yeşilyurt, H., Akbaba, M., Nazlıcan, E., Acık, Y., Akkus, H.I. (2016). Assessment of rational use of drugs and self-medication in Turkey: A pilot study from Elazığ and its suburbs. *Pakistan Journal of Pharmaceutical Sciences*, 29(4), 1429-35.

Ofori- Asenso, R., Agyman, A.A. (2016). Irrational Use of Medicines—A Summary of Key Concepts. *Pharmacy (Basel)*, 4(4), 35, 1-13.

Oh, J. M., Ming, L. C., Bakrin, F. S., Goh, B. H., Lee, L. H., and Khan, T. M. (2018). Social Aspects of Antibiotic use in the South and East Asian Students and General Population. *Journal of Young Pharmacists*, 10(1), 66-73.

Okyay, R.A., Erdoğan, A. (2017). Self-medication practices and rational drug use habits among university students: a cross-sectional study from Kahramanmaraş, Turkey. *PeerJ*, 5, e3990.

Oliveira, E.A., Bertoldi, A.D., Domingues, M.R., Santos, I.S., Barros, A.J. (2010). Medicine use from birth to age two years: the 2004 Pelotas (Brazil) Birth Cohort study. *Revista de Saude Publica*, 44(4), 591-600.

O'Neill, J. (2016). *Tackling Drug-Resistant Infections Globally: Final Report and Recommendations*. The Review on Antimicrobial Resistance. Erişim: 18.05.2018, [https://amr-review.org/sites/default/files/160518\\_Final%20paper\\_with%20cover.pdf](https://amr-review.org/sites/default/files/160518_Final%20paper_with%20cover.pdf).

Öncü, S. (2013). Antibiyotiklerin İstenmeyen Etkilerinin İzleme-Yönetimi, *Antibiyotik ve Kemoterapi Dergisi*, 27(Ek 2):82-84.

Özdiñç, Ş., Şensoy, N., Kurt, R., Altas, S., Altun, R.. (2015). Are we using drugs rationally? A survey study from Turkey. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 31(5), 1156–1161.

Özkan, H., Öztürk, S., (2012). Doğu Anadolu bölgesinde bir kent merkezinde iki aile sağlığı merkezine başvuran annelerin çocukları ateşlendiğinde yaptığı uygulamalar. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 3(2), 121-126.

Özkan, S., Tunca, M.Z., Baran Aksakal, F.N., Özdemirkan., T., Aycan, S. (2012). *Ankara'da Bazı Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuranlarda Antibiyotik Kullanımı Ve İlişkili Etmenler*. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongre Kitabı, Bursa; 338-341.

Parlak, N. (2015). *KOAH Akut Alevlenmesinde Kullanılan Antibiyotiklerin Akılcı İlaç Kullanımı Yönünden Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.

Pavydė, E., Veikutis, V., Mačiulienė, A., Mačiulis, V., Petrikonis, K. and Stankevičius, E. (2015). Public Knowledge, Beliefs and Behavior on Antibiotic Use and Self-Medication in Lithuania. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(6):7002-16.

Pınar, N. (2010). *Adana İlindeki İnsanların İlaç Kullanım Alışkanlıkları*. Uzmanlık Tezi, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, Adana.

Pınar, N. (2012). Ülkemizde İlaç Harcamaları, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(1), 59-65.

Pirinççi, E., Bozan, T. (2016). Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumları, *Fırat Medical Journal*, 21(3), 129-136.

Rather, I.A., Kim, B.C., Bajpai V.K., Park, Y.H. (2017). Self-medication and antibiotic resistance: Crisis, current challenges, and prevention. *Saudi Journal of Biological Sciences*, 24(4), 808-812.

Resmi Gazete (RG) (1953). *Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun*, Sayı: 6197 Tarih: 18.12.1953. Erişim: 14.05.2018, <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.3.6197.pdf>.

Resmi Gazete (RG) (2006). *Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Uygulanan "MEDULA" Sistemi Hakkında Tebliğ (Seri No: 1)*. Sayı: 26369 Tarih: 07.12.2006. Erişim: 11.05.2018, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2006/12/20061207-7.htm>.

Rogawski, E.T., Platts-Mills, J.A., Seidman, J.C., John, S., Mahfuz, M., Ulak, M. et al. (2017). Use of antibiotics in children younger than two years in eight countries: a prospective cohort study. *Bulltein of the World Health Organization*, 95(1):49-61.

Roussounidis, A., Papaevangelou, V., Hadjipanayis, A., Panagakou, S., Theodoridou, M., Syrogiannopoulos, G. et al. (2011). Descriptive Study on Parents' Knowledge, Attitudes and Practices on Antibiotic Use and Misuse in Children with Upper Respiratory Tract Infections in Cyprus. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(8), 3246-62.

Sağlık Bakanlığı (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (SB) (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (SB) (2014). *2015 Yılı Bütçe Sunumu*. TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (SB) (2017). *Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) Ulusal Eylem Planı 2014-2017*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (SB) (2017a). *Ulusal Antibakteriyel İlaç Tüketim Sürveyansı 2013*. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.

Sağlık Bakanlığı (SB) (2018). *Akılcı İlaç Kullanımı*. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Erişim: 03.05.2017, <http://www.akilciilac.gov.tr/>.

Sağlık Bakanlığı (SB) (2018a). *Tarihçe*. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Erişim: 26.02.2018, <http://www.titck.gov.tr/Kurumsal/Tarihce>.

Sağlık Bakanlığı (SB). (2018b). *Antibiyotik Direnci*. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Erişim: 17.05.2018, [http://www.akilciilac.gov.tr/?page\\_id=826](http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=826).

Sakarya, S. (2015). Toplumun Akılcı İlaç Kullanımındaki Rolü. *Türkiye Klinikleri*, 3(1): 94-8.

Saygılı, M., Özer, Ö. (2015). Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 18(1), 35-46.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) (2013). *Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı*. Sosyal Güvenlik Kurumu. Yayın No: 93, Haziran 2013, Ankara.

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) (2013a). *Akılcı ilaç kullanımında Hasta Bakım Personelinin Rolü*. Sosyal Güvenlik Kurumu Ekim 2013, Yayın No: 121, Ankara.

Suluhan, D., Taşal, C., Yıldız, D., Fidancı, BE., Kononkbay, D., Gök, F., Sürer, İ. (2014). 0-6 Yaş Arası Çocuğa Sahip Annelerin Ateş Düşürücü İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi. *Florence Nigtingale Hemşirelik Dergisi*, 24(2), 90-96.

Shehadeh, M., Suaifan, G., Darwish, R.M., Wazaify, M., Zaru, L. and Alja'fari, S. (2012). Knowledge, attitudes and behavior regarding antibiotics use and misuse among adults in the community of Jordan: A pilot study. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 20(2), 125-33.

Shehnaz, S.I., Agarwal, A.K., Khan, N.(2014). A systematic review of self-medication practices among adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 55(4), 467-83.

Soyalan, M., Demirdamar, R., Toklu, H.Z., Gümüşel, B. (2012). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde ulusal farmakovijilans sistemi ve mevcut uygulamalar, *Marmara Pharmaceutical Journal*, 16, 159-163.

Sürmeliöğlü, N., Kıroğlü, O., Erdoğan, T., Karataş, Y. (2015). Akılcı Olmayan İlaç Kullanımını Önlemeye Yönelik Tedbirler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(4), 452-462.

Şahingöz, M. (2012). *Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımı ve Uygulaması Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Şimşek, H. (2015). *Ulusal Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Antimikrobiyal Direnç Stratejik Eylem Planı (2015-2020)*. 30. Antibiyotik ve Kemoterapi Kongre Kitabı, 6-10 Mayıs 2015, Girne KKTC; 12.

Toklu, H.Z. (2015). Eczacılık Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri*, 3(1), 74-83.

Topal, M., Şenel G.S., Topal, Topal, E.I.A., Öbek, E., (2015). Antibiyotikler ve kullanım alanları. *Erciyes Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 31(3), 121-127.

Toprak, S. (2013). *Hastanelerde Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Kalite Çalışmalarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Türe, E.A. (2011). *Annelerin çocuklarda ateş yönetimi ve antibiyotik kullanımına ilişkin bilgi ve tutumları*. Doktora Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.

Türk Eczacılar Birliği (TEB) (2016). *Sosyal Güvenlik Kurumunun E-Reçete Uygulaması Hakkında Duyuru*. Türk Eczacılar Birliği. Erişim: 24.02.2018, <https://www.teb.org.tr/news/7324/Sosyal-G%C3%BCvenlik-Kurumunun-Ere%C3%A7ete-Uygulamas%C4%B1-Hakk%C4%B1nda-Duyuru>.

Türkiye Sağlık Sektörü Raporu (TSSR) (2012). *Sürdürülebilir Ve Kaliteli Bir Sağlık Sektörü İçin Genel Bakış Ve Potansiyel İyileştirme Alanları*. Uluslararası Yatırımcılar Derneği, Haziran 2012.

Uğrak, U., Teke, A., Cihangiroğlu, N., Uzuntarla, Y. (2015). Kardiyoloji Kliniğinde Yatan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Tutumları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 14(2), 137-144.

Ulaş, S.C., Çetinkaya, A.Ç., Özmen, D., Çevik, K. (2012). 0-6 Yaş Çocuklarda İshal Olmayı Etkileyen Etmenler ve Annelerin İshal Konusundaki Bilgi Düzeyleri, *Sürekli tıp Eğitimi Dergisi*, 21(4).

Ulupınar S., Akıcı A. (2015). Hemşirelik Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri Farmakoloji Özel Dergisi*, 3(1), 84-93.

Uzuntarla, Y., Cihangiroğlu, N. (2016). Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımı İle Kişilik Özellikleri Arasındaki İlişkinin Analizi, *TAF Preventive Medicine Bulltein*, 15(1), 1-8.

Wauters, M., Elseviers, M., Vaes, B., Degryse, J., Dalleur, O., Vander Stichele, R. et al. (2016). Too many, too few, or too unsafe? Impact of inappropriate prescribing on mortality, and hospitalization in a cohort of community-dwelling oldest old. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 82(5), 1382-1392.

Widayati, A., Suryawati, S., de Crespigny, C., Hiller, J.E. (2011). Self medication with antibiotics in Yogyakarta City Indonesia: a cross sectional population-based survey. *BMC Research Notes*, 4:491.

Wondimu, A., Molla, F., Demeke, B., Eticha, T., Assen, A., Abrha, S. et al. (2015). Household Storage of Medicines and Associated Factors in Tigray Region, Northern Ethiopia. *PLoS One*, 14, 10(8).

Wong, J., Beglaryan, B. (2004). *Strategies for Hospitals to Improve Patient Safety: A Review of the Research*. The Change Foundation Creative Change of Better Health. Erişim: 11.12.2017, [http://www.dphu.org/uploads/attachements/books/books\\_331\\_0.pdf](http://www.dphu.org/uploads/attachements/books/books_331_0.pdf)

World Health Organization (WHO) (1987). *The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts*. Nairobi, 25-29 November 1985. Geneva 1987.

World Health Organization (WHO) (2002). *Promoting Rational Use of Medicines: Core Components*. WHO Policy Perspectives on Medicines, No. 005, September 2002.

World Health Organization (WHO) (2005). *Antimicrobial Resistance: A Threat to Global Health Security. Rational use of medicines by prescribers and patients*. Fifty-Eighth World Health Assembly, Apr 2005; A58/14.

World Health Organization (WHO) (2006). *The Safety of Medicines in Public Health Programmes: Pharmacovigilance an Essential Tool*. WHO Press, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.

World Health Organization (WHO) (2010). *Health Systems Financing, The Path to Universal Coverage*. The World Health Report, Technical Brief Series - Brief No 3.

World Health Organization (WHO) (2012). *The Pursuit of Responsible Use of Medicines: Sharing and Learning from Country Experiences*. WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland.

World Health Organization (WHO) (2018). *Antimicrobial Resistance, Key facts*. World Health Organization. Erişim: 20.05.2018, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>

World Health Organization (WHO) (2018a). *Antibiotic Resistance, Key facts*. World Health Organization. Erişim: 20.05.2018, <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/antibiotic-resistance>

Yağar, F., Soysal, A. (2018). Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Hastane Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Asistan Hekimler Örneği. *Uluslararası Yönetim İktisat Ve İşletme Dergisi*, 14(1), 81-96.

Yakimova, Y. (2015). Pharmacists' knowledge of the safety of antibiotics for systemic use. *The International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 27 Suppl 1:S11-2.

Yapıcı, G., Balıkçı, S., Uğur, Ö. (2011). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(4), 458-465.

Yıldırım, B.A., Kılınç A.Y. (2017). *Yaşlı Hastalarda Polifarmasi ve İlaç Etkileşimi*, Türk Kardiyoloji Derneği, Antalya



Yılmaz, F., Arıkan, D., Baklacı, Ö., Bilmez, A., ve Bülbül, D. (2013). 0-2 Yaş Çocuğa Sahip Annelerin Oral İlaç Kullanım Davranışlarının İncelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 16(2).

Yılmaz, M., Güler, N., Güler, G., Kocataş, S. (2011). Bir grup kadının ilaç kullanımını ile ilgili bazı davranışları: Akılcı mı? *Cumhuriyet Medical Journal*, 33(3), 266-277.

Yılmaz, M., Kırbıyıköğlü, F.İ., Ariç, Z., Kurşun, B. (2014). Bir Diş Hekimliği Fakültesi Hastanesi'ne Başvuran Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımlarının Belirlenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2(1), 39-47.

Yin, X., Song, F., Gong, Y., T. X., Wang, Y., Cao, S., Liu, J. et al. (2013). A systematic review of antibiotic utilization in China. *The Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 68(11), 2445-52.

Zhang, Z., Zhan, X., Zhou, H., Sun, F., Zhang, H., Zwarenstein, M. et al. (2016). Antibiotic prescribing of village doctors for children under 15 years with upper respiratory tract infections in rural China. *Medicine (Baltimore)*. 95(23), e3803.

## FORMLAR

### FORM 1

#### ANKET FORMU

Bu araştırma “**Pınarhisar’da Beş Yaş Altı Çocuğu Olan Annelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumu ve Etkileyen Etmenler**” isimli tezi yürütmek amacıyla planlanmıştır. Literatüre katkı sağlayacak aşağıdaki sorular bilimsel çalışmalar dışında kimseyle paylaşılmayacaktır. Sorulara vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.

Ayça Seda ÇINAR  
Dr. Öğr. Üyesi Yeliz MERCAN

**1. Yaşınızı belirtir misiniz? .....**

**2. Yaşantınızın büyük çoğunlukla geçtiği yer neresidir?**

İl merkezi       İlçe merkezi       Kasaba, köy       Yurt dışı

**3. Eğitim durumunuz nedir?**

- Okur-yazar değil  
 Okur-yazar  
 İlkokul mezunu  
 Ortaokul mezunu  
 Lise mezunu  
 Üniversite mezunu  
 Yüksek lisans veya doktora mezunu

**4. Medeni durumunuz nedir?**

Evli       Boşanmış       Eşi ölmüş       Bekar

**5.Evinizde sizden başka kimler yaşıyor? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

- Eş  
 Çocuklar  
 Kardeşler ya da akrabalar  
 Annem ve babam

Diğer, belirtiniz.....

**6.Evinizde kendiniz dahil, kaç kişi yaşıyorsunuz? .....**

**7. Yaşayan toplam çocuk sayınızı belirtir misiniz? .....**

**8. 59 ay ve daha küçük kaç çocuğunuz var? .....**

**9. 59 ay ve daha küçük çocuklarınızın doğum tarihini yazar mısınız? .....**

**10.Mesleğiniz nedir? .....**

**11.Herhangi bir gelir getiren işte çalışıyor musunuz?**

Evet  Hayır  Emekli

**12.Evinize giren aylık geliri belirtir misiniz?.....**

**13.Size göre gelir durumunuz nasıl?**

Gelirimiz giderimizi karşılıyor  Gelirimiz giderimizi karşılamıyor

**14.Sosyal güvenceniz var mı?  Evet  Hayır**

**15. Size doktor tarafından tanı konulmuş, sürekli ilaç kullanmanızı gerektiren bir hastalığınız var mı? Yanıtınız evet ise, hastalığınızı belirtir misiniz?**

Evet, hastalığım .....  Hayır

**16. Okuma ve yazma ile ilgili aktivitelerinize yönelik başkalarından yardım alıyor musunuz?**

Evet  Hayır  Bazen

**17. İlaç prospektüslerini (ilaç kutusunun içinden çıkan kağıdı) okur musunuz?**

Evet  Hayır  Bazen

**18. İlaç prospektüslerini (ilaç kutusunun içinden çıkan kağıdı) anlayabiliyor musunuz?**

Evet  Hayır  Bazen

**19. Eczanende kutunun üzerine yazılan ilaçların kullanım şeklini anlayabiliyor musunuz?**

Evet  Hayır  Bazen

**20. Kendiniz veya çocuklarınız hastalandığınızda ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu aşağıdakilerden hangisidir?**

- Aile sağlığı merkezi  
 Devlet hastanesi  
 Özel sağlık merkezleri  
 Üniversite hastanesi



- Yan etkileri başladığında
- Başka rahatsızlığım olduğunda
- İlaç bittiğinde
- Diğer, lütfen belirtiniz.....

**26.Kullandığınız ilaç nedeniyle yan etki olduğunda ne yaparsınız?**

- Hekime başvururum
- Eczacıya başvururum
- İlacı değiştiririm
- İlacı bırakırım
- Aynı ilacı kullanmaya devam ederim
- Diğer, belirtiniz.....

**27.Gerekli olabileceği düşüncesi ile ilaç yazdırır mısınız? Veya satın alıp evde bulundurur musunuz?**

- Evet
- Hayır
- Bazen

**28.Yanıtınız evet ise, evde bulundurduğunuz ilaçlar genellikle aşağıdakilerden hangileridir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

- Ağrı kesiciler
- Mide yanması /yakınması ile ilgili ilaçlar
- Ateş düşürücüler
- Kas gevşeticiler
- Antibiyotikler
- Sakinleştirici ilaçlar
- Nezle veya grip ilaçları
- Alerji ilaçları
- Öksürük şurupları
- Merhem veya pomatlar
- Vitaminler
- Diğer, belirtiniz.....

**29.Evde ilaç bulunduruyorsanız; bunları tekrar kullanırken nelere dikkat edersiniz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

- Evde ilaç bulundurmam
- Hastalığa uygunluğuna
- Son kullanma tarihinin dolmamış olmasına
- Kullanma talimatında belirtilen süreleri aşmamış olmasına
- Ambalajın bozulmamış olmasına
- Evde saklama koşullarının uygun olmasına
- Dikkat etmem
- Diğer, belirtiniz.....

**30.Evde bulundurmuş olduğunuz ilaçları tekrar kullanmak istediğinizde kimden bilgi alırsınız?**

- Hekim
- Eczacı
- Hemşire/Sağlık personeli
- Tanıdık, komşu, akraba
- Hiç kimseden bilgi almam
- Diğer, belirtiniz.....

**31.Evinizde olan ilaçları saklarken aşağıdakilerden hangilerine dikkat edersiniz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

- Ecza dolabında olmasına
- Kilitli bir yerde olmasına
- Buzdolabında bulunmasına
- Işıktan ve nemden korunmasına
- Ambalajında bulunmasına
- Serin bir yerde olmasına
- Oda ısında olmasına
- İlacın saklanma koşullarına uygun şekilde olmasına
- Özel bir çekmece ya da kutu içerisinde bulunmasına
- Çocukların erişemeyeceği üst raflarda olmasına
- Diğer, belirtiniz.....

**32.İlaçların son kullanma tarihine dikkat eder misiniz?**

- Kullanmadan önce bakarım
- Rastgele zamanlarda bakarım
- Düzenli olarak kontrol ederim
- Hiç kontrol etmem

**33.Evinizde fazla olan ilaçları nasıl değerlendirirsiniz?**

- Evde ilaç bulundurmam
- Evde saklarım
- Evde bulundururum ve ihtiyacı olanlara veririm
- Sağlık kuruluşuna veririm
- Evde çöpe atarım

Diğer, belirtiniz.....

**34. Akraba, arkadaş, komşuların tavsiyesiyle ilaç kullanır mısınız?**

Evet  Hayır  Bazen

**35. Size iyi gelen bir ilacı akraba, arkadaş, komşularınıza tavsiye eder misiniz?**

Evet  Hayır  Bazen

**36. Doktora muayene olmadan reçetesiz antibiyotik kullandığınız oldu mu?**

Evet  Hayır  Bazen

**37. Sizce antibiyotikler soğuk algınlığı, grip gibi viral hastalıkları tedavi eder mi?**

Evet  Hayır  Fikrim yok

**38. Sizce antibiyotiklerin ateş düşürücü özelliği var mıdır?**

Evet  Hayır  Fikrim yok

**39. Sizce antibiyotik burun akıntısı ve öksürüğü hafifletir mi?**

Evet  Hayır  Fikrim yok

**40. Sizce antibiyotik tedavisinin doktorun önerdiği süreden erken bırakılması veya uzun kullanılması antibiyotik direncine neden olur mu?**

Evet  Hayır  Fikrim yok

**41. Gereksiz antibiyotik kullanımı antibiyotik direncine neden olur mu?**

Evet  Hayır  Fikrim yok

**42. İlacın fiyatı arttıkça etkisinin daha fazla olduğunu düşünüyor musunuz?**

Evet  Hayır  Fikrim yok

**43. “Akılcı ilaç kullanımı” ile ilgili bilginiz var mı?**

Evet, biliyorum

Evet, daha önce duymuştum ama fazla bir bilgim yok

Hayır, hiç duymadım

**44. Size göre akılcı ilaç kullanımı aşağıdakilerden hangi uygulamaları içerir?**

**(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

Hastalığa uygun ilacı kullanma

Doktorun önerdiği miktarda kullanma

İlaç içme saatlerinin düzenli olması

Doğru uygulama yoluyla kullanma

Maliyeti uygun olan ilacı kullanma

- Yeterli bilgilendirme yapıldıktan sonra kullanma
- Diğer, belirtiniz.....

**45.“Akılcı ilaç kullanımı” ile ilgili bilgi kaynaklarınızı belirtir misiniz? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

- Doktordan
- Ebe veya hemşirelerden
- Eczacılardan
- Aile büyüklerinden veya arkadaşlarımdan
- Radyo-TV
- Kitap, broşürler
- Gazete, dergiler
- İnternet
- Diğer, belirtiniz.....

**AŞAĞIDAKİ SORULAR ÇOCUĞUNUZA YÖNELİK YAPTIĞINIZ UYGULAMALAR İLE İLGİLİDİR**

**46.Çocuğunuzun doktor tarafından tanı konulmuş, sürekli ilaç kullanmasını gerektirecek bir hastalığı var mı? Yanıtınız evet ise, hastalığını belirtir misiniz?**

- Evet, hastalığı .....
- Hayır

**47.Çocuğunuz hastalandığımızda (ateş, ağrı, öksürük, ishal, grip ve nezle gibi) ilk tercihiniz hangisi olur?**

- Bitkisel ürünlerle tedavi
- İlaçla tedavi

**48.Çocuğunuz hastalandığında doktora muayene olmadan veya danışmadan reçetesiz ilaç kullanır mısınız?**

- Evet
- Hayır
- Bazen

**49.Çocuğunuza hangi durumlarda doktora başvurmadan şurup, hap, fitil, merhem gibi reçetesiz ilaç kullanırsınız? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

- Soğuk algınlığı veya nezle olduğunda
- Gaz sancısı olduğunda
- Grip olduğunda
- İshal olduğunda
- Öksürdüğünde
- Pişik olduğunda
- Ateşi yükseldiğinde
- Ağladığında
- Ağrısı olduğunda
- Uyumadığımda



- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ağzında pamukçuk olduğunda | <input type="checkbox"/> Vücudunun herhangi bir yerinde alerji olduğunda             |
| <input type="checkbox"/> Başında konak olduğunda    | <input type="checkbox"/> Diş çıkarma sırasında yaşanan sorunlarda veya diş ağrısında |
| <input type="checkbox"/> Kulak ağrısı olduğunda     | <input type="checkbox"/> Diğer, belirtiniz.....                                      |

**50. Yanıtınız evet ise, çocuğunuza kullandığınız reçetesiz olarak kullandığınız ilaçlar aşağıdakilerden hangileridir? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ağrı kesiciler           | <input type="checkbox"/> İştah şurubu                      |
| <input type="checkbox"/> Ateş düşürücüler         | <input type="checkbox"/> Bulantı ve kusma giderici ilaçlar |
| <input type="checkbox"/> Antibiyotikler           | <input type="checkbox"/> İshal ilaçları                    |
| <input type="checkbox"/> Nezle veya grip ilaçları | <input type="checkbox"/> Kabızlık ilaçları                 |
| <input type="checkbox"/> Burun-boğaz spreyleri    | <input type="checkbox"/> Alerji ilaçları                   |
| <input type="checkbox"/> Öksürük şurupları        | <input type="checkbox"/> Merhem veya pomatlar              |
| <input type="checkbox"/> Vitaminler               | <input type="checkbox"/> Diğer, belirtiniz.....            |

**51.Çocuğunuzun ilaçlarını hangi durumlarda sonlandırırsınız?**

- Doktorun önerdiği süre sonunda
- Şikayetler azaldığında veya bittiğinde
- İlaç kullanmayı unuttuğumda
- İlaçtan beklediği etkiyi görmediğimde
- Yan etkileri başladığında
- Başka rahatsızlığı daha olduğunda
- İlaç bittiğinde
- Diğer, lütfen belirtiniz.....

**52. Çocuğunuza ilaç vermeyi unuttuğunuz durumlarda veya geciktirdiğinizde ne yaparsınız?**

- Aklıma geldiği anda ilacı veririm ve önceden verdiğim saatlerde vermeye devam ederim
- Aklıma geldiği anda ilacı veririm ancak saatlerini tekrar düzenlerim
- O dozu atlayıp bir sonraki saatinde aynı dozu veririm
- O dozu atlayıp bir sonraki ilaç saatinde vermem gereken dozun fazlasını veririm
- Unutulan ilacı bırakırım, bir daha içirmem
- Diğer, lütfen belirtiniz.....

**53.Çocuğunuza kullandığınız ilaçların yan etkisi olduğunda ne yaparsınız?**

- Hekime başvururum
- Eczacıya başvururum
- Değişik ilaç veririm
- İlacı bırakırım
- Aynı İlacı kullanmaya devam ederim
- Diğer, belirtiniz.....

**54.Çocuğunuza birden fazla ilaç vermeniz gerektiğinde ne yaparsınız?**

- İlaçları arka arkaya veririm
- İlaçların arasında biraz zaman geçmesini beklerim
- İlaçları birbirine karıştırırım
- Diğer, belirtiniz .....

**55.Çocuğunuz ilaç saatinde uyuyor ise ne yaparsınız?**

- Uyanmasını bekler uyandığı anda veririm
- Uyandırıp veririm
- Uyandırmadan veririm
- Diğer, belirtiniz .....

**56.Çocuğunuza içirdiğiniz ilacı çocuğunuz kustuğunda ne yaparsınız?**

- İlacı verir vermez kusmuşsa aynı miktarda tekrarlarım
- İlacı verdikten yarım saat sonra kusmuşa tekrarlamam
- İlacı verdikten yarım saat sonra kusmuşa önceki miktarın yarısını veririm
- Bir daha ilaç vermem
- Diğer, belirtiniz .....

**57.Çocuğunuza şurup gibi ağızdan verilecek sıvı ilaçları ne şekilde veriyorsunuz?**

- Kutunun içinden çıkan ölçüsü ile
- Çay kaşığı ile
- Tatlı kaşığı ile
- Diğer, belirtiniz .....

**58. Çocuğunuza ilaç verirken açlık-tokluk ilkesine uyar mısınız?**

- Evet
- Hayır
- Bazen

**59. Tadı kötü ilaçları herhangi bir besin maddesi ile karıştırır mısınız?**

- Evet       Hayır       Bazen

**60. Yetişkinlere kullanılan ilaçlarını ezerek, bölerek, suda eriterek küçük dozlar halinde çocuğunuza verir misiniz?**

- Evet       Hayır       Bazen

**61. Başkasının çocuğuna iyi gelen bir ilacı kendi çocuğunuza kullanır mısınız?**

- Evet       Hayır       Bazen

**62. Çocuğunuza iyi gelen bir ilacı başkasının çocuğuna tavsiye eder misiniz?**

- Evet       Hayır       Bazen

**63. Çocuğunuzun ishal olduğunda ne yaparsınız? (Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)**

- Evdeki ilaçlardan veririm  
 Doktora götürürüm  
 Hazır şekerli-tuzlu karışım veririm  
 Sıvı alımını artırırım  
 İshal önleyen yiyeceklerden veririm (patates, muz, yoğurt vb.)  
 Diğer, belirtiniz .....

**64. Çocuğunuzun ateşi yükseldiğinde ilk olarak ne yaparsınız?**

- Hemen doktora götürürüm ve doktor tavsiyesine göre hareket ederim  
 Evdeki ilaçlardan veririm  
 Evde ateşini soğuk uygulama ile düşürmeye çalışırım, düşmez ise evdeki ilaçlardan içiririm  
 Evde ateşini soğuk uygulama ile düşürmeye çalışırım, düşmez ise doktora götürürüm  
 Diğer, belirtiniz .....

**65. Çocuğunuz ateşlendiğinde ateş düşürücü kullanıyor iseniz, ateş düşürücünün dozunu nasıl ayarlıyorsunuz?**

- Yaşına ve kilosuna göre  
 Reçetesine göre  
 Rastgele  
 Önceden size söylenene göre  
 Hastalığın şiddetine göre

Diğer, belirtiniz .....

**66.Çocuğunuzu doktora muayene ettirmeden antibiyotik kullandığınız oldu mu?**  Evet  Hayır  Bazen

**67.Çocuğunuzun soğuk algınlığı, nezle, grip gibi hastalıklarında doktora sormadan antibiyotik kullanır mısınız?**

Evet  Hayır  Bazen

**68.Çocuğunuza antibiyotiği kullanım süreniz nedir?**

İlaç bitinceye kadar

Doktorun önerdiği süre kadar

Şikayetleri geçinceye kadar

Diğer, belirtiniz .....

**ETİK KURUL KARARI**

T.C  
KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
ETİK KURUL BAŞKANLIĞI

Sayı : 4  
Konu : Etik Kurul Karar

11/03/2016

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE**

İlgi: 09.03.2016 tarihli ve 6946409/302.14-32 sayılı yazınız.

Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğretim üyesi Yrd.Doç.Dr.Aylin AYDIN SAYILAN danışmanlığında Yüksek Lisans öğrencisi Ayça Seda ÇINAR'ın "Pınarhisar'da Beş Yaş Altı Çocuğu Olan Annelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumu ve Etkileyen Etmenler" başlıklı Yüksek Lisans tez çalışması ile ilgili yazınız ve ekleri 11.03.2016 tarihli Etik Kurulumuzda görüşülmüş olup, etik açıdan uygun olduğuna dair karar formu ekte sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

Prof. Dr. Sema BASAT  
Etik Kurul Başkanı

EK: Karar Formu (2 sayfa)

BRANDI

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU**  
( 2016-SBEK-02 )

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Pınarhisar'da Beş Yaş Altı Çocuğu Olan Annelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumu ve Etkileyen Etmenler
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P018R00

<b>ETİK KURUL BİLGİLERİ</b>	ETİK KURULUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Kırklareli Üniversitesi Kayalı Kampüsü Merkezi Derslik-2
	TELEFON	0288 212 26 80
	FAKS	0288 212 26 90
	E-POSTA	sabe@klu.edu.tr

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Öğrenci/ Ayça Seda ÇINAR		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Halk Sağlığı Anabilim Dalı		
	SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü		
	KORDİNATÖRÜN UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN		
	KORDİNATÖRÜN UZMANLIK ALANI	Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği		
	BAŞVURULAN ETİK KURUN ADI	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu		
	DESTEKLEYİCİ	YOK		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	YOK		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	YOK		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>	
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>	
		Gözlemsel ilaç çalışması	<input type="checkbox"/>	
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>		
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>		
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>		
Diğer ise belirtiniz				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU KARAR FORMU  
( 2016-SBEK-02 )

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Pınarhisar'da Beş Yaş Altı Çocuğu Olan Annelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumu ve Etkileyen Etmenler
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	P018R00

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili			
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	04.03.2016	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	04.03.2016	1	Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama					
	SİGORTA	<input type="checkbox"/>					
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>					
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>					
	İLAN	<input type="checkbox"/>					
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>					
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>					
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>					
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>	Akademik Kurul/Kurum Kararı Başvuru Dilekçesi Başvuru Formu Araştırma Protokolü Kullanılacak Araç Gereçler Literatür Örnekleri Taahhütname Helsinki Bildirgesi İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu İzin Belgeleri Özgeçmişler CD					
KARAR BİLGİLERİ	Karar No:04	Tarih: 11.03.2016					
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekeç, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.						

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Yönergesi.
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Sema BASAT

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Sema BASAT (Başkan)	İç Hastalıkları	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Serpil AKÖZCAN (Başkan Yardımcısı)	Nükleer Fizik	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Gülcan GÜNTAŞ (Raporör)	Klinik Biyokimya	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşe Yasemin KARAGEYİM KARŞIDAĞ	Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Aygül YANIK	İşletme Yönetimi ve Organizasyon	Kırklareli Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\*:Toplantıda Bulunma



T.C.  
PINARHISAR KAYMAKAMLIĞI  
İlçe Yazı İşleri Müdürlüğü

Sayı : 18530553-492-E.318  
Konu : Anket

07/03/2016

Ayça Seda ÇINAR

İlgi : 07.03.2016 tarihli dilekçe . .

Kırklareli Üniversitesi Halk Sağlığı Bölümünde Yüksek Lisans tez dönemi öğrencisi Ayça Seda ÇINAR ‘‘Pınarhisar’da 5 yaş altı çocuğu olan annelerin akılcı ilaç kullanımı durumu ve etkileyen faktörler’’ ile ilgili 0-59 ay çocuğu olan anneler ile anket uygulaması ilgi dilekçe ile talep edilmiş olup Kaymakamlığımızca yalnızca gönüllülere uygulamak kaydıyla müsaade edilmiştir.

Bilgi ve gereğini rica ederim.

Cemal DEMİRYÜREK  
Kaymakam

DAĞITIM :  
PINARHISAR İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE  
Ayça Seda ÇINAR

Bu evrakın 5070 sayılı Kanun gereğince  
E-İMZA ile onaylandığı tasdik olunur. 07.03/2016  
MÜHÜR Hakan KIRACI  
Büro Memuru



*(Handwritten signature)*

\*Bu belge elektronik imzalıdır. İmzalı suretinin aslını görmek için <https://www.e-icisleri.gov.tr/EvrakDogrulama> adresine girerek (+huocP-J01G5P-TzJ2Gh-D1KXbx-6CCVG+si) kodunu yazınız.

Pınarhisar Hükümet Konakı Kat :3  
Telefon No: (288)615 10 13 Faks No: (288)615 10 13  
e-Posta: [pınarhisarkaymakamligi@hotmail.com](mailto:pınarhisarkaymakamligi@hotmail.com) İnternet Adresi: [www.icisleri.gov.tr](http://www.icisleri.gov.tr)

Bilgi için: Hakan KIRACI

Telefon No:



KIRKLARELİ HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ  
KIRKLARELİ HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ  
EVBK BİRİMİ  
24/03/2016 17:15 / 2014

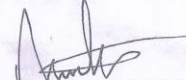


00021221207

KIRKLARELİ HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜNE

KIRKLARELİ

Kırklareli Üniversitesi Halk Sağlığı Bölümünde Yüksek Lisans Tez dönemi öğrencisiyim. Pınarhisar ilçesinde yürütmeyi planladığım 'Pınarhisar'da 5 yaş altı çocuğu olan annelerin akılcı ilaç kullanımı durumu ve etkileyen faktörler' konulu tez için Pınarhisar Toplum Sağlığı Merkezine bağlı Aile Sağlığı Birimlerine başvuran 0-59 ay çocuğu olan annelere gönüllü onay formu ile anket uygulayarak araştırma yapmak istiyorum. Araştırmam için gerekli iznin verilmesini arz ederim.


  
Ayça Seda ÇINAR

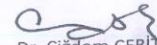
24.03.2016

ARAŞTIRMA İSTEĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ			
Araştırmanın Numarası:		Değerlendirme Tarihi:	12.05.2016
Karar:			
<input checked="" type="checkbox"/> Araştırma Uygunur, Planlanabilir.			
Araştırma Uygun Değildir. Gerekçe:			

UYGUNDUR

12.05.2016

  
Dr. Demet AYDOĞDU  
Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı

  
Dr. Çiğdem CERİT  
Halk Sağlığı Müdürü

**T.C.**  
**KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ**

**TOPLANTI TARİHİ** : 11.10.2017  
**TOPLANTI SAATİ** : 14:00  
**TOPLANTI NO** : 2017/18

**KARAR 02:** Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN'ın dilekçesi görüşmeye açıldı.

Yapılan görüşmeler sonunda; Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN'ın, 2017-2018 Öğretim Yılı güz yarıyılı ders yükünün fazla olması nedeniyle danışmanlığını yaptığı aşağıdaki öğrencilere yeni danışman atanmasına ve Kırklareli Üniversitesi Lisansüstü Senato Esasları Madde 20/3 uyarınca aşağıdaki tabloda gösterildiği şekilde kabullüne oybirliği ile karar verildi.

ÖĞRENCİ NO	AD-SOYAD	PROGRAMI	ESKİ DANIŞMANI	YENİ DANIŞMANI
1148302007	Meral ÇETİNKAYA	Halk Sağlığı YL	Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN	Yrd. Doç. Dr. Yetiz MERCAN
1148302009	Ayça Seda ÇINAR	Halk Sağlığı YL	Yrd. Doç. Dr. Aylin AYDIN SAYILAN	Yrd. Doç. Dr. Yetiz MERCAN

**EK:** 1 Adet Dilekçe

**ASLININ AYNTIDIR**



## ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	AYÇA SEDA	<b>Soyadı</b>	ÇINAR
<b>Doğ.Yeri</b>	Malatya	<b>Doğ.Tar.</b>	1988
<b>Uyruğu</b>		<b>Email</b>	aycaseda44@gmail.com

### Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
<b>Doktora</b>		
<b>Yük.Lis.</b>	Toros Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği	09.07.2013
<b>Lisans</b>	Çankırı Karatekin Üniversitesi	13.06.2011

### İş Deneyimi

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Hemşire	Sivas İbn-i Sina Toplum Sağlığı Merkezi	2016- halen
2.	Hemşire	Kırklareli Pınarhisar Toplum Sağlığı Merkezi	2014-2016
3.	Hemşire	İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi	2012-2013

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	ÜDS/YDS/YÖK DİL Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	Orta	Zayıf	Orta		

	Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
<b>ALES Puanı</b>	69.09	63	69
<b>(Diğer) Puanı</b>			

### Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
	Orta

### Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Kırklareli Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Pedagojik Formasyon Sertifikası  
2016.