

T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN AKILCI İLAÇ  
KULLANIMINA YÖNELİK TUTUM VE  
DAVRANIŞLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Özden Peköz

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Kurtuluş Öngel

İZMİR

MAYIS-2018



T.C.  
İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN AKILCI İLAÇ  
KULLANIMINA YÖNELİK TUTUM VE  
DAVRANIŞLARI

UZMANLIK TEZİ

Dr. Özden Peköz

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Kurtuluş Öngel

İZMİR

MAYIS – 2018

## TEZ ONAY SAYFASI



T.C.  
Sağlık Bakanlığı İzmir Katip Çelebi Üniversitesi  
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği  
**TEZ SINAV TUTANAĞI**



### I-UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN

<b>Adı Soyadı</b> : Dr. Özden PEKÖZ	<b>Tarih</b> 21/05/2018
<b>Anabilim / Bilim Dalı</b> : Aile Hekimliği	
<b>Tez Danışmanı</b> : Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL	

### II-TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER

<b>Tezin Başlığı:</b> "Araştırma Görevlilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Tutum ve Davranışları"
<b>Tezin Niteliği:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi
<b>Kaçıncı tez sınavı olduğu:</b> <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
1- Sayfa Sayısı : 79
2- Tablo Sayısı : 35
3- Şekil Sayısı : -
4- İstatistik Sayısı : 2 (parametrik / asiparametrik)
5- Literatür Sayısı ve Faydalanma Durumu : 70
6- Yazı Tertibi : Uygun
7- Konuyu Anlatma ve Konuya Hakimiyet : Başarılı
8- İncelemenin Bilimsel Bakımdan Tutumu : Olumlu
9- Orijinal Olup Olmadığı : Orijinal

### III-KARAR

Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak  
 Kabulüne  
 Reddine  
 Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine  
Oy birliği / oy çokluğu ile karar verilmiştir.

### IV-AÇIKLAMALAR

Lütfen tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız.

### TEZ DEĞERLENDİRME JÜRİSİ

Jüri Başkanı	Jüri Üyesi	Jüri Üyesi
 <b>Prof. Dr. Kurtuluş ÖNGEL</b> İzmir Katip Çelebi Üniv. Tıp Fak. Aile Hekimliği Öğretim Üyesi/ Program Yöneticisi	 <b>Dr. Öğr. Üyesi Esra Meltem KOC</b> İzmir Katip Çelebi Üniv. Tıp Fak. Aile Hekimliği A.D. Öğretim Üyesi	 <b>Başasistan Özge TUNCER</b> Sağlık Bilimleri Üniv.Bozyaka Eğt. Arş. Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği Uzmanı, Başasistan

OKAY  
/ 2018  
Prof. Dr. Gökhan KÖYLÜOĞLU  
Tıp Fakültesi Dekanı/V.



## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, gerek akademik gerekse manevi olarak her konuda destek olan ve birlikte çalışmaktan onur duyduğum kıymetli hocalarıma,

Tez çalışmam süresince tüm anlayış ve hoşgörüsü ile akademik bilgi birikimi ve tecrübelerini benden esirgemeyen ve bana yol gösteren danışman hocam Prof. Dr. Kurtuluş Öngel'e,

Uzmanlık eğitimim sürecinde tanıma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı hissettiğim, her zaman yanımda olan yol arkadaşlarım Uzm. Dr. Mehmet Arslan, Uzm. Dr. Merve Yekta Ateş, Uzm. Dr. Süleyman Albaş ve Uzm. Dr. Meryem Aşkın'a,

Hayata karşı bakış açısı, tecrübeleri, fikirleri ve en önemlisi bana karşı göstermiş olduğu derin sevgisiyle ufkumu açan kaybettiğimiz amcam Albay Şevki Peköz'e,

Üzerimde büyük emekleri olan, hayatım boyunca beni her konuda destekleyen, beni ben yapan ve bugünlere getiren canım babam ve anneme,

Son olarak erken kaybettiğimiz güzeller güzeli kardeşim Özgür'e bana kattıkları için sonsuz sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Özden PEKÖZ

## İÇİNDEKİLER

<b>TEZ ONAY SAYFASI.....</b>	<b>I</b>
<b>TEŞEKKÜR.....</b>	<b>II</b>
<b>İÇİNDEKİLER.....</b>	<b>III</b>
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR .....</b>	<b>VI</b>
<b>TABLolar DİZİNİ .....</b>	<b>VII</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>3</b>
<b>2.1. İlaç Tanımı .....</b>	<b>3</b>
<b>2.2. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı .....</b>	<b>3</b>
<b>2.3. Akılcı İlaç Kullanımının “Akılcılık” Ölçütleri .....</b>	<b>4</b>
<b>2.4. Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri .....</b>	<b>6</b>
<b>2.5. Akılcı İlaç Kullanımının Tarafları .....</b>	<b>8</b>
<b>2.6. Akılcı Tedavi Süreci .....</b>	<b>11</b>
<b>2.7. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı .....</b>	<b>13</b>
2.7.1. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Tanımı.....	13
2.7.2. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Nedenleri .....	13
2.7.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Sonuçları.....	15
<b>2.8. Polifarmasi .....</b>	<b>16</b>
2.8.1. Polifarmasi Tanımı ve Sıklığı.....	16
2.8.2. Polifarmasinin Nedenleri.....	16
2.8.3. Polifarmasinin Sonuçları .....	17
<b>2.9. Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı’nın Gelişimi.....</b>	<b>18</b>
<b>2.10. Türkiye’de Hekimlere Yönelik AİK Eğitim Programları.....</b>	<b>20</b>
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>21</b>

3.1. Çalışmanın Tasarımı .....	21
3.3. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri.....	22
3.4. Çalışmaya Dahil Olmama Kriterleri .....	22
3.5. İstatistiksel Yöntem .....	23
4. BULGULAR .....	24
4.1. Çalışmaya Katılan Araştırma Görevlisi Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri .....	24
4.2. Hekimlerin Günlük Ortalama Hasta Sayıları, Her Bir Hastaya Ayırdıkları Süre ve Reçete Yazma ile İlgili Özellikleri.....	26
4.3. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Bazı Özellikleri ve AİK Konusundaki Tutum ve Davranışları .....	27
4.4. Araştırma Görevlisi Hekimlerin Branşları ile AİK Konusundaki Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi.....	35
4.5. Günlük Ortalama Hasta Sayıları ile Hekimlerin AİK ile İlgili Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi .....	38
4.6. Hekimlerin Çalışmanın Yapıldığı Kurumdaki Hizmet Süreleri ile Günlük Reçete Yazma Oranlarının Değerlendirilmesi .....	40
4.7. Bir Hastaya Ayrılan Ortalama Süre ile Hekimlerin AİK Konusundaki Bazı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi .....	41
4.8. Hekimlerin AİK Konusundaki Bilgi Düzeyleri ile AİK Konusundaki Bazı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi.....	42
5. TARTIŞMA .....	51
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	61
7. ÖZET .....	63
8. KAYNAKLAR.....	67
9. EKLER.....	74

<b>EK 1:</b> .....	<b>74</b>
<b>EK 2:</b> .....	<b>75</b>
<b>EK 3:</b> .....	<b>76</b>





## SİMGELER VE KISALTMALAR

<b>AİK</b>	: Akılcı İlaç Kullanımı
<b>AOİK</b>	: Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı
<b>DK</b>	: Dakika
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>İKÇÜ</b>	: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi
<b>NSAİİ</b>	: Non-Steroid Anti-İnflamatuar İlaçlar
<b>ÖSYM</b>	: Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi
<b>PPI</b>	: Proton Pompa İnhibitörleri
<b>SB</b>	: Sağlık Bakanlığı
<b>SPSS</b>	: Statistical Program for Social Sciences
<b>TİK</b>	: Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzu
<b>TUS</b>	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
<b>TÜFAM</b>	: Türkiye Farmakovijilans Merkezi

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Araştırma Görevlisi Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri.....	25
Tablo 2. Hekimlerin Günlük Ortalama Hasta Sayıları, Her Bir Hastaya Ayırdıkları Süre ve Reçete Yazma ile İlgili Özellikleri.....	26
Tablo 3. Hekimlerin AİK Eğitimi Durumları.....	27
Tablo 4. Hekimlerin Advers Etki Bildirimi Durumları .....	28
Tablo 5. Hekimlerin Reçete Yazarken Kullandıkları Bilgi Kaynakları.....	28
Tablo 6. Hekimlerin İlaçlarla İlgili Kendi Bilgi Düzeyleri Hakkındaki Görüşleri ....	29
Tablo 7. En Sık Reçete Edilen İlaç Grubu .....	30
Tablo 8. Hekimlerin Anamnez Bilgilerinden Yararlanma Durumları .....	31
Tablo 9. Hekimlerin Hastalara İlaçlarla İlgili Verdikleri Bilgilerin Yeterliliği İle İlgili Düşünceleri.....	32
Tablo 10. Hekimlerin Hastalarına İlaçlarla İlgili Verdikleri Bilgilerin Sıklığı ile İlgili Düşünceleri.....	32
Tablo 11. Hekimlerin İlaç ile İlgili Bilgi Verdikten Sonra Hastanın Anlayıp Anlamadığını Kontrol Etme Durumları .....	34
Tablo 12. Hekimlerin Hastalar Tarafından Talep Edilen İlaçları Reçete Edip Etmeme Durumları .....	34
Tablo 13. Hekimlerin Hastalarına İlaç Dışında Bitkisel Ürün Önerme Durumları ....	34
Tablo 14. Hekimlerin Tedavi Sonrası İlaç Etkinliğini Değerlendirmek için Hastalarını Kontrole Çağırma Durumları.....	35
Tablo 15. Hekimlerin AİK Konusundaki Bilgi Düzeyleri.....	35
Tablo 16. Hekimlerin Branşları ile Hastalara Günlük Reçete Yazma Oranları Arasındaki İlişki .....	37
Tablo 17. Hekimlerin Branşları ile AİK Konusundaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	37
Tablo 18. Hekimlerin Branşları ile Ortalama Hasta Sayıları Arasındaki İlişki.....	38
Tablo 19. Günlük Ortalama Hasta Sayısı ile Bir Hastaya Ayrılan Ortalama Süre Arasındaki İlişki .....	38

Tablo 20. Günlük Ortalama Hasta Sayısı ile Hastaların İlaçlarla İlgili Bilgilendirilmesi Arasındaki İlişki .....	39
Tablo 21. Günlük Ortalama Hasta Sayısı ile Hastaların İlaçlarla İlgili Bilgileri Anlayıp Anlamadığının Kontrol Edilmesi Arasındaki İlişki.....	39
Tablo 22. Günlük Ortalama Hasta Sayısı ile Hekimlerin Hastalarını Kontrole Çağırma Durumları Arasındaki İlişki .....	40
Tablo 23 Hekimlerin Kurum Hizmet Süreleri ile Hastalara Günlük Ortalama Reçete Yazma Oranları Arasındaki İlişki.....	40
Tablo 24. Bir Hastaya Ayrılan Ortalama Süre İle Hastaların Kontrole Çağrılmaları Arasındaki İlişki .....	41
Tablo 25. Bir Hastaya Ayrılan Ortalama Süre ile Hekimlerin Kendi AİK ile İlgili Bilgi Düzeylerini Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki.....	41
Tablo 26. Hekimlerin AİK Konusundaki Bilgi Düzeyleri ile İlaçlarla İlgili Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	42
Tablo 27. Mezuniyet Yılı ile AİK Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki .....	43
Tablo 28. Mezuniyet Yılı ile AİK Konusunda Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişki .....	44
Tablo 29. AİK Bilgi Düzeyleri ile Hastaları İlaçlar Hakkında Yeterli Bilgilendirme Durumları Arasındaki İlişki.....	44
Tablo 30. AİK Bilgi Düzeyleri ile Hastaları İlaçların Bazı Özellikleri Hakkında Bilgilendirme Sıklıkları Arasındaki İlişki .....	45
Tablo 31. AİK Bilgi Düzeyleri ile Hastaların Bazı Anamnez Bilgilerinden Yararlanma Sıklıkları Arasındaki İlişki .....	47
Tablo 32. AİK Bilgi Düzeyleri ile AİK Konusunda Eğitim Alma İstekleri Arasındaki İlişki .....	48
Tablo 33. AİK Bilgi Düzeyleri ile AİK Konusunda Eğitim Alıp Almama Durumları Arasındaki İlişki .....	49
Tablo 34. AİK Bilgi Düzeyleri İle Hastalara İlaçla İlgili Bilgi Verdikten Sonra Onların Anlayıp Anlamadığını Kontrol Etme Durumları Arasındaki İlişki .....	49
Tablo 35. AİK Bilgi Düzeyleri ile Hastalara Günlük Reçete Yazma Sıklıkları Arasındaki İlişki .....	50

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilacı şu şekilde tanımlar; “Fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları alanın yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılabilen bir maddedir.” (1). İlaçlar; profilaksi, semptomları hafifletme, fizyolojik durumları düzenleme ve hastalıkların tanı ya da tedavilerinde kullanılan biyolojik, bitkisel ya da kimyasal kaynaklı ürünlerdir (2).

Akılcı ilaç kullanımı (AİK) tanımı ilk kez DSÖ tarafından 1985 yılında Nairobi’de düzenlenen bir toplantıda yapılmıştır. Bu tanıma göre AİK; ‘Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en uygun maliyetle ve kolayca sağlayabilmeleridir’. Bir ilacın akılcı ilaç olarak seçilebilmesi için uygunluk, etkinlik, güvenlik ve maliyet kriterlerinin göz önüne alınmış olması gerekmektedir (3).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) ise ilacın veriliş yolu, kullanım süresi, günlük dozu ve doz aralıklarının uygun olmaması, ilaçların gereksiz ve fazla kullanımı, gereksiz ve uygunsuz olarak çoklu ilaç kullanımı, ilaçların su yerine başka içeceklerle birlikte alınması, kullanım süresi dolmuş ilaçların kullanılması, doktor önerisi dışında uygun olmayan kişisel tedaviler uygulanması, ilaç-ilaç etkileşimleri ve besin-ilaç etkileşimlerinin göz ardı edilmesi, bilinçsiz gıda takviyesi ve bitkisel ürünlerin kullanımı, ilaç advers-yan etkilerinin göz ardı edilmesi, gereksiz antibiyotik tedavisi ve yanlış tanı gibi uygulamaların bir veya birden fazlasının bir arada olması durumudur (4).

DSÖ tarafından yapılan tahminlere göre, uygun olmayan şekilde reçetelenen, temin edilen ya da satılan ilaçlar bütün ilaçların %50’sinden fazlasını oluşturmaktadır. İlaçlarını yanlış kullanan hastalar ise tüm hastaların yaklaşık %50’si gibi yüksek bir sıklığa sahiptir. Uygunsuz, gereksiz ve yanlış ilaç kullanımı bütün dünyada görüldüğü üzere Türkiye’de de ciddi bir halk sağlığı problemidir. AOİK tedavi yanıtının azalmasına, hastaların uygulanan tedavilere olan uyum problemlerine, ilaç-ilaç ya da ilaç-besin etkileşimlerine, bir takım ilaçlara karşı direnç oluşumuna, hastalıkların tekrar etmesine veya uzun sürmesine, istenmeyen etki gelişimi sıklığının artmasına, kaynakların etkin kullanılamamasına ve tedavi masraflarının artmasına sebebiyet vermektedir (5).

AİK basamakları; doğru tanının konması, prognozun belirlenmesi, tedavi amaçlarının tespit edilmesi, tedavi seçeneklerinin gözden geçirilmesi, uygun tedavinin seçimi, ilaç tedavisi gerekli ise reçetenin doğru biçimde yazımı ve takiptir. Tüm bu süreçte ilaç dışı tedavi seçeneklerinin dikkate alınması, ilaçlar için etkililik, uygunluk, güvenilirlik ve maliyet analizinin yapılması, risklerin en aza indirilmesi, doğru bilgilendirme ve hasta katılımının sağlanması esastır (5,6).

Günümüzde ilaç kullanımı, sağlık hizmetleri açısından vazgeçilemez bir konumdadır. Bir insanlık hakkı olarak sağlık ve sağlığa erişmekte eşitlik ilkesinden hareketle DSÖ, ilaca erişilebilirliğin uzun vadeli ilaç politikalarının ayrılmaz bir parçası olarak görülmesi gerektiği sonucuna varmıştır. Daha geniş bir çerçeveden bakıldığında bu konu tüm sağlık politikasının bir parçası olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenlerden dolayı dünyada çeşitli çözüm yolları üretilmeye ve geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bu bağlamda dünyada AİK çalışmaları başlatılmıştır (3).

Hekimlerin AİK ile ilgili beklentilere ne ölçüde yanıt verdiğini değerlendirmek ve aksaklıkları giderebilmek için öncelikle hekimlerin konuyla ilgili bilgi ve tutumlarının belirlenmesi gerekmektedir (7).

Bu çalışmanın amacı İzmir Katip Çelebi Üniversitesi (İKÇÜ) Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde görev yapan araştırma görevlilerinin AİK'e yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirmektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İlaç Tanımı

İlaç, DSÖ tarafından ‘fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, alanın yararı için değiştirmek ya da incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün’ olarak tanımlanmaktadır (1). Başka bir tanıma göre ise ilaç; hastalıkların teşhisi, tedavisi, profilaksisi (hastalıktan korunma), cerrahi girişimlerin kolaylaştırılması ve bazı fizyolojik olayların değiştirilmesi (doğum kontrolü gibi) amacıyla tıpta kullanılan ve biyolojik etkinliği olan saf kimyasal madde veya ona eşdeğer bitkisel veya hayvansal kaynaklı standart miktarda etkin madde ve yardımcı madde içeren kimyasal preparattır (8).

Hastaya bir defada verilen ilaç miktarına doz, dozlar arasındaki zamana doz aralığı ve bir gün içerisinde verilmesi tavsiye edilen miktara ise günlük doz denir (8). İlaçlar uygun seçim, kişiye göre uygun doz, uygun süre ve doğru bir şekilde kullanıldığında insan ve toplum sağlığının sürdürülebilmesi ve geliştirilebilmesi için vazgeçilmezdirler. Paracelsus bunların önemini anlatmak için ‘Her şey zehirdir. Mühim olan dozdur.’ demiştir (9). Yani temelde her ilaç toksik bir maddedir ve uygunsuz kullanıldığında ölüme kadar varabilen ciddi hasarlar oluşturabilir (10). İlaçlar yanlış kullanıldığında yaşama son verebilecek kadar tehlikeli olabilirken, doğru kullanıldığında insan sağlığını ve yaşamını tehdit eden olumsuzlukları azaltabilir ve bu olumsuzluklara son verebilir (10).

### 2.2. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı

AİK tanımı ilk kez DSÖ tarafından 1985 yılında Nairobi’de düzenlenen bir toplantıda yapılmıştır. Bu tanıma göre AİK; ‘Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en uygun maliyetle ve kolayca sağlayabilmeleridir’. Bir ilacın akılcı ilaç olarak seçilebilmesi için uygunluk, etkinlik, güvenlik ve maliyet kriterlerinin göz önüne alınmış olması gerekmektedir (3).

AİK süreci, hastadan ayrıntılı anamnez alınıp hastanın şikayetlerinin doğru tanımlanması, hangi tedavinin uygulanacağına karar verilmesi, etkin ve güvenilir bir

tedavi yöntemi seçilmesi, daha sonra uygun bir tedavi yöntemi seçilip hastaya açık bir şekilde anlatılarak tedaviye başlanması ve tedavinin sonuçlarının değerlendirilmesini içeren yaklaşımları gerektirmektedir. Hastaya doğru bir şekilde tanı konmasından sonra, mevcut seçenekler içinde en uygun ilacın ve/veya ilaç dışı tedavi seçiminin belirlenmesi ve buna göre ilacı yazacak kişi olan hekimin sorumluluğu ve davranışı, AİK sürecinde en önemli bileşenlerdir. AİK ilkelerinin uygulanmasında hekim dışında, hastalara, eczacılara, diğer sağlık personellerine, ilaç sektörüne, resmi otoritelere ve özellikle bireylere önemli roller düşmektedir (11,12).

İlaçların etki yerlerinde belirli bir konsantrasyona ulaşmaları iyi bir etkinlik için çok önemlidir. Bu nedenle bir ilacın etkili olmasında en önemli faktörlerden birisi de doz ayarlamasıdır. İlaçların doz ayarlamasının önemli olduğu kadar alınış saatleri ve tedavi süresi de etkinlik açısından çok önemlidir (13).

Hastanın tedaviye uyumu, yani reçete edilen ilaçların tavsiye edilen dozda, zamanda ve uyarılara uygun şekilde kullanılması akılcı ilaç kullanımının en önemli parçalarından biridir. Hasta tedaviye uyum sağlamadığında diğer çabaların verimliliği de önemli oranda düşmektedir (14).

### **2.3. Akılcı İlaç Kullanımının “Akılcılık” Ölçütleri**

AİK; planlama, yürütme ve izleme süreçlerinin hepsini kapsar. Tedavi sürecinde uygulanan ilaç tedavisinin etkili, güvenli ve ekonomik olabilmesi için belirli bir program çerçevesinde bütünlük sağlamak gerekmektedir. AİK sürecinde hem sağlık profesyonelleri hem de toplum akılcı bir davranış sergilemelidir. Toplumun ilaçları akılcı kullanmayı davranış şekline dönüştürebilmesi için yeterli düzeyde bilgiye ve beceriye sahip olması gerekmektedir (15).

Akılcı ilaç kullanımının “akılcılık” ölçütleri tanı, tedavi ya da profilaksiye (koruma) ilişkin tıbbi süreçlerdeki çeşitli etkinliklerle ilgilidir. Bu ölçütler başlıca; ilaçların seçimi, ilaç lojistiğini belirleme, reçete yazma süreci, reçete yanıtlama süreci, ilaçların tüketimi, ilaç bilgisi desteği ve ilaç yönetiminde akılcılık olarak sıralanabilir (16).

**1. İlaçların seçimi:** İlaçlar, ihtiyaç duyuldukları yerde ve zamanda ulaşılabilir olmalıdır. İlaçların seçimi, hastanın ihtiyaçları doğrultusunda belirlenmelidir. Bu nedenle piyasada bulunanlar içerisinde “öncelikli ilaçların” saptanması gerekmektedir. Öncelikli ilaçların belirlenmesinde çıkış noktası, morbidite ve mortaliteye ilişkin epidemiyolojik veriler, hasta yükü dağılımı ve standart tedavi protokolleri olmalıdır. Öncelikli ilaçların ulusal düzeyde belirlenmesine yönelik mekanizmalar arasında ruhsatlandırma ölçütleri, ulusal formüller ve geri ödeme listeleri sayılabilir (17).

**2. İlaç Lojistiğini Belirleme:** İlaç lojistiği, satın alma, depolama, envanter denetimi ve dağıtım alt başlıklarından oluşmaktadır. İlaçlara en uygun şekilde ulaşılabilmesi, akılcı bir finansman yönetimi ve yeterli pazarlık becerisi gerektirir. Gerek halk sağlığı gerekse ülke ekonomisi açısından kaynak, kalite, maliyet ve ödeme koşulları arasında iyi bir denge kurulmalıdır. Envanter denetimi ve depolama, ilaçların stabilitesi (raf ömrü) ve güvenliğinin (yetkisiz kişilerce ulaşılamaması) sağlanmasının yanı sıra tedavi ihtiyaçlarının kesintisiz karşılanabilmesi açısından da önemlidir. Dağıtım zinciri, ilaçların ihtiyaç duyulan yerlere, vaktinde ve iyi durumda ulaştırılabilmesine olanak sağlayacak özellikte olmalıdır (17).

**3. Reçete Yazma Süreci:** Tanının hekim tarafından doğru konmasıyla başlayan bu süreç sırasıyla; tedavide ilaç gerekip gerekmediğine karar verilmesi, alternatif ilaçların etkili-uygun-güvenli-ekonomik olma açılarından karşılaştırılması biçimde değerlendirilmesi, tedavinin planlanması ve izlenmesi basamaklarından oluşur. Reçete yazma süreci, akılcı ilaç kullanımında hekimlerin doğrudan devreye girdikleri süreç olarak tanımlanabilir (17).

**4. Reçete Yanıtlama Süreci:** Reçete yanıtlama süreci, akılcı ilaç kullanımında eczacıların devreye girdiği ve rollerinin en belirgin olduğu süreç olarak tanımlanabilir. Reçetenin doğru yorumlanmasıyla başlayan bu süreç sırasıyla reçetenin karşılanmasını (ilaçların verilmesini/hazırlanmasını), hastanın yazılı ya da sözlü biçimde eğitilmesini, hekimle gerekli iletişimin kurulmasını ve tedavinin izlenmesini içerir. Reçete yanıtlama alışkanlıkları, ticari kaygılara değil, hastanın tedavisi açısından akılcılığa dayandırılmalıdır (17).



**5. İlaçların Tüketimi:** AİK'te topluma düşen sorumluluk; toplum, sağlıkçılar ve kitle iletişimcileri olmak üzere üç kesime ayrılmaktadır. Bu kesimleri sağlık, hastalık ve ilaç tedavisi konularında bilinçlendirmek gerekmektedir. Toplumun ilaç tedavisine yönelik tutum ve davranışları kültürel özelliklerine göre şekillenir. Bu nedenle ilaç tüketimi konusunda bilinçlendirme çalışmaları yapılırken toplumun özellikleriyle ilgili gerçekler göz önüne alınmalıdır. Ayrıca toplumun kendi kendini ilaçla tedavi etmesi durumlarına da temkinli yaklaşmak gerekmektedir (17).

**6. İlaç Bilgisi Desteği:** İlaç bilgisi desteğinin akılcılığı ile AİK birbiriyle çok ilişkilidir. AİK ile ilgili kararların verildiği her aşamada, ilaç bilgisine ihtiyaç duyulur. İlaç bilgisi, tarafsız, doğru, eksiksiz, güncel, erişilebilir ve kullanılabilir olmalıdır. Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzu, Tanı ve Tedavi Rehberleri, Vademecum, çeşitli farmakoloji kitapları, ilaç bilgi yazılım programları, ilaç firmaları, akademik çevreler gibi çeşitli kaynaklardan elde edilen ilaç bilgisinin nicelik ve niteliği, AİK ölçütleri ışığında değerlendirilmeli ve sürekli güncel tutulmalıdır (17).

**7. İlaç Yönetiminde Akılcılık:** İlaç yönetimi, "Ulusal İlaç Politikası" doğrultusunda değerlendirilmelidir. İlaç yönetimiyle ilişkili bütün tarafların aldığı ortak kararlar, devlet desteğinde uygulamaya geçirilmelidir. Ulusal ilaç politikasının planlanması uygulanması ve izlenmesi aşamalarında görev alan kişi, kurum ve kuruluşlar, yönetim bilgi ve becerilerini bu doğrultuda kullanmalıdırlar. AİK yukarıda sayılan bütün unsurların gerçekleştirilebilmesine bağlıdır. Bu nedenle ilaç yönetimi de akılcı yönde yapılmalıdır (17).

#### **2.4. Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri**

AİK, hastaların klinik bulgularına ve kişisel özelliklerine göre en uygun ilacı, uygun süre ve dozajda ve en uygun maliyetle sağlayabilmeleridir. AİK ilkeleri: etkinliği, uygunluğu ve güvenliği içermelidir. Tedavide doğru tanı esastır. İlaçlar; doğru ilaç, doğru süre, doğru uygulama yolu ve doğru dozda uygulanmalıdır. Tedavinin başarısı, yan etkiler ve hasta uyumu değerlendirilmelidir. Çoğu zaman ilaç etkileşimleri öngörülebilir. Son olarak tedavinin maliyeti ve gerçekleştirilebilirliği mutlaka değerlendirilmelidir (18,19,20).

DSÖ tarafından tedavi sürecine yardımcı olmak amacıyla hekimlere yönelik reçete yazma rehberi hazırlanmıştır. Bu rehbere göre akılcı ilaç kullanımı ilkeleri etkinlik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet ölçütleri olmak üzere dört başlıkta toplanmıştır (18,19,20).

### **1- Etkililik (İlaçların Farmakodinamik Ve Farmakokinetik Özellikleri):**

İlaç seçimi yapılırken bütün ilaç gruplarında dikkate alınması gereken ilk ve en önemli kriter etkililiktir. Etkililik kavramı ilacın farmakodinamik ve farmakokinetik özelliklerini içinde barındırır. Farmakodinami ilacın canlı doku ve organlar üzerindeki etkilerini incelerken, farmakokinetik ilacın organizmaya girdikten sonra geçirdiği evreleri inceler. Etkililik yalnızca farmakodinamik özelliklere dayanmaz. Tedavi amacıyla, ilacın etkisinin en kısa sürede başlaması yani farmakokinetiği de en az farmakodinamiği kadar önemlidir (18,19,20).

### **2- Güvenlilik (İlaçların Yan Etkileri):**

Bütün ilaç gruplarının etki mekanizmasının doğrudan sonucu olan yan etkileri vardır. Bir ilacın etkinliğinin yanı sıra yan etkilerinin de olabileceği düşünülmelidir. Hastaneye başvuran hastalarda oluşabilecek bazı yan etkiler iyi bir anamnez sayesinde önlenir (18,19,20).

### **3- Uygunluk (İlaçların Kontrendikasyonları):**

Uygunluk, ilaçların özellikle kontrendikasyonlarıyla ilgilidir. İlaçlar her hastaya özel olarak seçilmelidir çünkü her ilaç her hasta için uygun olmayabilir. Bu nedenle tedavi düzenlenmeden önce bir hasta için etken madde, dozaj, standart tedavi süresi ve kullanım yolunun uygun olup olmaması gibi bazı sorulara cevap bulunması gerekmektedir.

Tedavi verilirken özellikleri iyi bilinen ve güvenli ilaçlar seçilmelidir. Tedaviye en uygun dozda başlanıp ilaç dozu yavaş yavaş artırılmalıdır. Doz ayarlaması, hastanın ilaca verdiği yanıtı göre yapılmalıdır. Bu işlem tedavinin bireyselleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Tedavi süreci düzenli olarak gözden geçirilmeli ve bu süreçte gereksiz olduğu düşünülen ilaçlar tedaviden çıkartılmalıdır.

Yaşlı hastalar, çocuklar, gebeler, emziren kadınlar, böbrek ve/veya karaciğer yetmezliği olanlar, ilaç alerjisi öyküsü bulunanlar ilaç verilirken dikkat edilmesi gereken yüksek risk gruplarıdır. Özellikle yaşlı ve çocuk hastalarda uygun dozaj (sıvı formülasyonlar ve günde tek sefer ilaç almak gibi) tercih edilmelidir. Ayrıca bazı ilaçlar özel saklama koşulu gerektirmektedir.

Yeni ilaçlar yeni sorunlar yaratabileceğinden dolayı, ilaç eklenmesi gerçek anlamda hastanın yaşam kalitesini artıracak ise tercih edilmelidir. Hasta, ilaç eklenmeden önce kullandığı mevcut ilaçlarla 'ilaç-ilaç etkileşimi', günlük alışkanlıkları (tütün/alkol dahil) ise 'besin-ilaç etkileşimi' yönünden sorgulanmalı ve tedavinin başarılı olması için hasta ve/veya yakınları ile hekim arasında tam bir iletişim olmalıdır (18,19,20).

#### **4- Tedavi Maliyeti (İlaçların fiyatı):**

İlaç, ister devlet ister sigorta şirketleri isterse de hastanın kendisi tarafından karşılanırsın tedavi maliyeti mutlaka sorgulanmalıdır. Hastaların "en iyi olanı değil de" geri ödeneni talep edebileceğinden dolayı hekim, hastasının sağlık sigortasının içeriği ve geri ödeme koşullarını bilmelidir. Ayrıca, birim ve toplam tedavi maliyetlerine de bakılmalıdır (18,19,20).

#### **2.5. Akılcı İlaç Kullanımının Tarafları**

AİK'in temelde arz ayağı, talep ayağı ve düzenleyici ve denetleyici mekanizmalar olmak üzere üç tarafı bulunmaktadır:

1. Arz ayağı; hekimler, eczacılar, diğer sağlık çalışanları ve ilaç endüstrisi,
2. Talep ayağı; tüketiciler/toplum (hastalar),
3. Düzenleyici ve denetleyici mekanizmalar; devlet, sivil toplum kuruluşları ve geri ödeme kurumu'dur (21).

Tanı süreci ve uygun ilaç seçimi hekim sorumluluğunda olduğundan arz ayağında hekim ilk sırada yer almaktadır. İlaç yazabilme yetkisi almış oldukları eğitim sonucunda sadece hekimlere verilmiştir ve bu yetki de sorumluluğu beraberinde getirmektedir. Günümüzde aynı endikasyon için kullanılan etki güçleri,

biyoyararlanım özellikleri, toksik etkileri, kullanılış şekilleri ve tedavi maliyetleri açısından farklılıklar gösteren birçok ilaç mevcuttur. Hekim hastaya kanıta dayalı olarak kesin bir tanı koyduktan sonra yazacağı ilaca karar verirken bütün bu farkları değerlendirip hastası için en doğru ve en uygulanabilir olanı seçmelidir. AİK'te hekimin devreye girdiği yer bu noktadadır. AİK sürecini başlatan hekim iyi bir farmakolojik bilginin yanında ülkemizde uygulanan sağlık ve ilaç politikalarını, sağlık ve ilaçla ilgili mevzuatı, Sağlık Bakanlığı'nın (SB) tutumunu bilerek kanıta dayalı ilaç seçimi yapmalıdır (13). Reçete yazma kısmı hastayla olan görüşmenin son noktasıdır. Hekim hastasını tüm ayrıntıları ile sorgulayıp değerlendirdikten sonra tanıyı koymakta, tedavi planını yapmakta ve son olarak uygun tedaviyi hastasına vermektedir. Bu aşamada hekimin, reçete ettiği ilaçlar hakkında da hastaya gerekli tüm bilgileri vermesi, onun yeterince anlayıp anlamadığını sorgulaması gerekmektedir (22).

Eczaneler, ilaçların yasal olarak temin edildiği yerlerdir. İlaç hazırlama ve hastalara verme yetkisi eczacılara aittir. Hastaların, ilaçları doğru kullanabilmesi için doğrudan eczacılar tarafından bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Eczacı kalfası ya da teknisyenin hastaları ilaçlar hakkında bilgilendirme, ilaç tarif etme ve hastalara ilaç verme yetkileri yoktur. Eczacı kalfası ya da teknisyenleri sadece raflardan ilaç almak ya da çalışma ortamını düzenlemek gibi görevler yapabilirler. Endikasyon alanlarına göre ilaçlar farmakolojik ve terapötik olarak farklı şekillerde sınıflandırılmaktadırlar. İlaçlar, reçeteli ve reçetesiz olarak verilebilen ilaçlar olmak üzere ikiye ayrılır. Her iki gruptaki ilaçların gerek hastalara sunumu gerekse hastaların bilgilendirilmesi ve reçete inceleme sorumlulukları eczacıya aittir. AİK sürecinde eczacının kendisi yerine, yardımcısı ve kalfaları yolu ile hastayla ilişki kurması, hatta kendisinin eczanede bulunmaması olumsuzluklar yaratmaktadır. Eczacı reçetede ki ilaçları temin etmeli, eğer bir hata görürse bunu doktor ile işbirliğine girerek düzeltmeli, hekim tarafından tarif edilse bile kullanımı ve ilacın saklanma koşulları hakkında hastalara yeterli düzeyde bilgi vermelidir. Ayrıca reçetesiz verilmesi yasak olan ilaçların ülkemizde yaygın olarak eczaneden satın alınması da eczacının sorumluluğundadır. Bu nedenle AİK'te eczacılar önemli bir görev üstlenmektedirler (23, 24).

AİK taraflarının arz ayağında hekim sorumluluğu ilk sırada yer alsa da eczacı, hemşire ve diğer sağlık personellerinin ilaç bilgilerinin pekiştirilmesinde

önemli rolleri bulunmaktadır. Bu çerçevede gerek hekimin, gerekse eczacı ve diğer sağlık personelinin AİK ilkelerine ilişkin mezuniyet öncesi ve sonrası dönemlerde uygun eğitimi alması ve sürdürmesi gerekmektedir (24).

İlaç endüstrisi de arz ayağının bir parçasıdır. İlaç endüstrisi, sağlık profesyonellerine ürünleri hakkında geçerli bilimsel kanıtlar eşliğinde doğru ve eksiksiz bilgi vermelidir. İlaç endüstrisi tarafından yapılan bilgilendirmelerde ürünlerin endikasyonları, kontrendikasyonları, yan etkileri, kullanım şekilleri ve süreleri detaylıca anlatılmalıdır (24).

AİK'in taraflarının talep ayağını tüketiciler yani hastalar oluşturur. Hastaların AİK'teki rolü mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. AİK'te hasta uyumuyla ilgili problemlerle sık karşılaşılmaktadır. Bu problemler;

- ✓ Hekime danışmadan ilaç kullanımı,
- ✓ Başkalarının tavsiyelerine göre ya da güvenilirliğinden emin olunmayan internet sitelerindeki bilgilere göre hareket etme,
- ✓ Diğer hastalara ilaç önerme,
- ✓ Bilimsel kanıtlara dayanmayan ilaç dışı alternatif tedavilere yönelme,
- ✓ Daha önceden karşılaşılan bir hastalıkla benzer semptomların ortaya çıkması durumunda evde bulunan ilaçların kullanılması,
- ✓ Semptomlar geçince ya da hafifleyince hekim tarafından düzenlenen tedavinin bırakılması,
- ✓ Hekim tarafından yazılan ilaçların uygun zamanda alınmaması ve benzeri problemlerdir (24).

Diğer taraftan hasta uyumunu etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bunlar; hastanın bilgi düzeyi, hastanın genel anlamda uyumu, günlük hayata göre düzenlenmiş tedavi, hastanın tedaviye bakış açısı ve inancı, hastanın zihinsel durumu, çoklu ilaç kullanımı, hastanın sosyal güvencesinin olup olmaması ve benzeri faktörlerdir (25).

Düzenleyici ve denetleyici mekanizmalar ise AİK'in son ayağını oluşturur. Düzenleyici ve denetleyici mekanizmalar; devlet, sivil toplum kuruluşları ve geri ödeme kurumundan oluşur. İlaçlar hastalara ulaşana kadar geliştirme, üretim,

depolama ve dağıtım safhaları gibi birçok aşamadan geçmektedir. Tüketicilere etkin ve güvenilir ürün ulaşması adına tüm süreçler denetim altında olup, yurtdışında üretilen ve yurtdışından ithal edilen tüm ilaçların belirli bir kalite standardında olmasının garanti altına alınması hedeflenmektedir. Denetimlerle ilgili tüm süreçler ülkemizde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaç Denetim Dairesi Başkanlığı'na yürütülmektedir.

## 2.6. Akılcı Tedavi Süreci

Akılcı tedavi süreci DSÖ tarafından belirtilen bir modele göre aşağıdaki alt başlıklardan oluşmaktadır; (26)

- **Doğru tanı:** Hekim hastanın problemini doğru teşhisle birlikte tanımlar. Hekim hastasına doğru tanı koyduğundan emin olur. Hastanın problemini dikkatlice tanımlar ve hastanın anlayabileceği şekilde açık bir dille koyduğu teşhisi hastaya anlatır.

- **Tedavi amaçları:** Hekim tedavi amaçlarını belirlemeli ve seçtiği tedavi yöntemiyle neyi başarmak istediği sorusunun cevabını hastasına açık ve anlaşılır bir şekilde anlatabilmelidir. Bu konudaki bilgilendirme hasta uyumu başta olmak üzere bütün sürecin doğru yönetilmesinde çok önemlidir.

- **Tedavi yöntemi ve ilaç seçimi:** Alternatifler arasında etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir tedavi seçilir. Öncelikle yaşam biçimi değişiklikleri gibi ilaç dışı yöntemler nelerdir sorusuna cevap bulunmaya çalışılır. İlaç dışı tedavilerden (düşük kalorili beslenme, bol sıvı alımı, egzersiz, sigara ve alkolden uzak durulması vb.) bahsedilir. İlaç dışı tedavinin bir parçası olan istirahat raporu verilir verilmeyeceğine ve verilecekse istirahat raporunun bu hastalık için ne kadar süre olması gerektiğine karar verilir. Yaşam biçimi değişikliklerinin yanı sıra ilaç tedavisi gerekip gerekmediğine karar verilir. Eğer ilaç tedavisi verilecekse hangi ilaçların kullanılacağına ve tedavi algoritmasının nasıl olacağına karar verilir. İlaç seçimi yapılırken AİK açısından önemli olan etkililik, uygunluk, güvenlilik ve maliyet ilkeleri göz önüne alınır.

Yaşam biçimi değişiklikleri ve ilaç tedavisi dışında cerrahi, fizyoterapi, psikoterapi gibi tedavi seçeneklerine gerek olup olmadığına karar verilir. Hastayı bir üst basamağa sevk etmeye gerek olup olmadığına ya da ne zaman sevk edilmesi gerektiğine karar verilir.

• **Reçete yazma:** İlaç tedavisi düzenlenecek hastalara reçete yazılır. Hekim ilaç tedavisi gereken hastaya yazdığı reçetede ilaç bilgilerine ve kullanım talimatlarına yer vermelidir. Reçete yazılırken ya da hastaya bilgi verilirken bahsedilmesi gereken özel durumlara, uyarılara, maksimum doza, önemli etkileşimlere ve doz aralıklarına da yer verilmelidir.

• **Tedavi hakkında ayrıntılı bilgilendirme:** Hastalar ilaçları ve tedavileri konusunda açık ve anlaşılır bir şekilde bilgilendirilir. Bu bilgilendirmenin içeriğinde aşağıdaki başlıklara yer verilmelidir;

- ✓ İlaçların etkileri ve hangi etkilerin ne zaman kendini göstereceği
- ✓ İlaçların nasıl saklanacağı ve ilaçlardan arta kalan olursa ne yapılacağı
- ✓ İlacın yan etkileri ve tedaviye bağlı hangi sorunlarla karşılaşılacağı
- ✓ İlacın advers/yan/karşı etkilerinin neler olduğu
- ✓ Tedaviye bağlı sorunlardan hangilerinin müdahale gerektirecek düzeyde daha çok önemsilmesi gerektiği
- ✓ Tedaviye bağlı çıkabilecek problemlere yönelik neleri yapıp, neleri yapmaması gerektiği
- ✓ Ve son olarak ne olursa hekime planlanan tarihten daha erken gelmesi gerektiği

• **Özel durumlar:** Hekim tedavi ile ilgili özel ilaç izlemine gerektiren durumlara (ilaç düzeyi izlemi, kanama zamanı takibi, risk yönetimi planı vb.) ve bu hastalık için ilaç tedavisine ilişkin rapor gereksinimi olup olmadığına da dikkat etmelidir.

• **Tedavi başarısını değerlendirme:** Hastanın kontrole gelmesinin gerekip gerekmediğine karar verilir. Hastanın kontrole gelmesi gerekmiyorsa bu tedaviyle iyileştiği kanaatine nasıl varması gerektiği anlatılmalıdır. Kontrole gelmesi gereken

hastalarda ise (pek çok hastalıkta gereklidir) yapılan tedavi için ortalama kontrole gelme zamanı belirlenmelidir. Hastaların kontrole gelirken getirmeleri gereken bilgi ve belgeler belirtilmelidir.

Yukarıda bahsedilen bütün işlemler sırasında dikkat edilmesi gereken önemli bir nokta da iletişimidir. Hastayla iyi bir iletişim kurulmalıdır. Hastayla paylaşılması amacıyla verilen bilgilerin hasta tarafından doğru anlaşıldığından emin olunmalı ve hastanın soru sormasına da izin verilmelidir. İyi hekimlik uygulamaları belli bir zaman harcanmasını da gerektirir. Sözü edilen akılcı tedavi süreci biraz zaman alacaktır. Bu nedenle hekimin tedavi düzenleyecek yeterli zamanı kullanmasını olumsuz etkileyecek uygulamalardan kaçınılmalıdır (27).

## **2.7. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı**

### **2.7.1. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Tanımı**

AOİK, AİK ile ilgili yukarıda ayrıntılı olarak bahsedilen temel ilkelere, kurallara ve akılcılık ölçütlerine uygun olmayan ilaç kullanımı olarak tanımlanabilir.

AOİK özellikle gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere bütün dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur.

AOİK'e neden olan tarafların başında hekimler bulunmakla birlikte eczacı, hemşire, diğer sağlık personeli, hasta/hasta yakını, üretici, düzenleyici otorite ve diğer (medya, akademi vb.) faktörler de bulunmaktadır (3).

AOİK'un sosyokültürel özellikler, eğitim eksikliği, ekonomik nedenler gibi birçok nedeni olmakla birlikte bu nedenler birbirini etkileyerek durumun daha karmaşık olmasına neden olabilmektedir (19).

### **2.7.2. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Nedenleri**

#### **1. Hekimlerden Kaynaklanan Nedenler**



Eğitim ve bilgi eksikliği, kılavuzlara uymayan reçeteleme, aşırı hasta yükü, aşırı ve gereksiz antibiyotik ve enjeksiyonların kullanımı, uygunsuz doz önerisi, ilaçların yanlış sürelerde, yanlış yolla, yanlış dozlarda kullanımı, hastalara uygun mekânlarda yeteri kadar zaman ayıramama, “her hekim her ilacı yazabilir” gibi hatalı görüşlerin var olması, iş yükünün fazlalığı nedeniyle gerek yeni bilgilere erişme ve kullanma gerekse hastalara aktaramama gibi sorunlar, sosyal ve/veya politik baskılar, deneyim eksikliği ve ilaçların etkisi hakkında yanlış inanışlar hekim kaynaklı sorunlardır (28,29,30).

## **2. Eczacıardan Kaynaklanan Nedenler**

Gerek reçete edilen gerekse reçetesiz olarak sunulan bir ilacı uygun dozda ve hekimin önerdiği şekilde hastaya sunmak ve hastanın ilaç kullanımı hakkında bilgilendirilmesini sağlamak hekime olduğu kadar eczacıya da ait bir sorumluluktur. Bu nedenle eczacılar AİK’te önemli bir yere sahiptir.

Eczacıardan kaynaklanan nedenlerde en öncelikli sırayı gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası alınan yetersiz eğitimler almaktadır. Bunun yanında, geri ödeme sistemleri ve bürokrasiyle ilgili sorunlar, eczacının hastasıyla ilgili tıbbi öykü ve tedavisine yönelik bilgi almaya özen göstermemesi, iş yükü nedeniyle ilaç sunumuna yeterli zaman ayrılamaması, eczanedeki yardımcı elemanların reğeteyi karşılaması ve ilaç sunumu yapması, eczacının eczanede bulunmaması, advers etki bildirim konusundaki bilgi eksiklikleri, maddi kaygılar, mesleki tatmin eksikliği, bilgi eksiklikleri, ilacın yanlış verilmesi, reçetesiz ilaç satışı, reçete içeriğinin dikkate alınmaması gibi sorunlar da eczacı kaynaklı sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır (28,29,30).

## **3. Hastalardan Kaynaklanan Nedenler**

Hastalardan kaynaklanan nedenler; tedaviye uyumsuzluk, ilacın uygulama yolu, uygulama süresi, uygulama dozu ve doz aralıklarının uygunsuz olması, ilaçların gereksiz ve aşırı kullanımı, aşırı duyarlılık, eksik ilaç bilgisi, yanlış inanışlar, gerekmediği halde çoklu ilaç kullanımı, ilaçların su yerine başka içeceklerle

alınması, süresi geçmiş ilaçların kullanılması, hekim önerisi dışında uygunsuz kişisel tedavilere başvurulması, reçetesiz ilaç temini, saklama koşullarının uygun olmaması, ilaç-ilaç etkileşimleri ve besin-ilaç etkileşimlerinin ihmal edilmesi, bilinçsiz gıda takviyesi ve bitkisel ürünlerin kullanımı, ilaç advers-yan etkilerinin ihmal edilmesi, gereksiz yere enjeksiyon kullanımı, gereksiz ve uygunsuz vitamin kullanımı, ve gereksiz antibiyotik alımı ve benzeri durumlar olarak sıralanabilir (3,31).

Yukarıda anlatılanların yanı sıra; promosyon ve ilaç endüstrisinden kaynaklanan nedenler, ilaç maliyetleri ve harcamalarına ilişkin nedenler, gerekli ilacın gereken zaman ve miktarda sağlanamaması gibi ilaç sağlama sisteminden kaynaklanan sorunlar da söz konusu olabilmektedir (31).

### **2.7.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Sonuçları**

Akılcı olmayan ilaç kullanımları nedeniyle toplumsal açıdan birçok sorun ortaya çıkmaktadır (1).

Bu sorunlar arasında kalitedeki azalmaya bağlı olarak ilaç tedavisi sonrasında morbidite ve mortalitede artış oluşması, maddi kaynakların yanlış tüketilmesi nedeniyle temel ilaçların bile temin edilmesinde sıkıntılar yaşanması ve tedavi maliyetlerinin artması sonucunda acil ve temel ilaçlara karşı meydana gelen direnç sayılabilir. Hastaların ilaç bağımlısı haline gelmeleri ve ihtiyaç olmadığı halde artmış ilaç talebi toplumsal açıdan önemli problemlerdir. İlaçların gerektiğinden çok ya da yanlış şekillerde kullanılması, hem hasta güvenliğini riske atmakta, hem de kaynakların boşa harcanmasına yol açmaktadır. AOİK nedeniyle ortaya çıkan sorunları kısaca şu şekilde sıralayabiliriz;

- ✓ Hastaların tedaviye uyumunun bozulması ya da azalması
- ✓ İlaç etkileşimleri sebebiyle istenmeyen sonuçların ortaya çıkması
- ✓ Bazı ilaçlara karşı direnç gelişimi ve mikrobiyal direnç artışı
- ✓ Hastalık sürelerinin uzaması
- ✓ Hastalığın tekrarlaması
- ✓ Hastanede yatış sürelerinin uzaması
- ✓ Yan etkilerin artması

- ✓ Tedavi başarısının azalması
- ✓ Hastaların tedaviye olan güveninin azalması
- ✓ Fiyatları nedeniyle ilaçların temin edilebilirliğinin azalması
- ✓ Tedavi maliyetlerinin artması (31, 32)

Bütün bu sorunların giderilmesinde ise, mezuniyet öncesi, hizmet içi ve topluma yönelik eğitim stratejilerinin geliştirilmesi ve izlenmesi, bunların yönetsel ve mevzuat düzenlemelerini içeren çalışmalarla desteklenmesi AİK yönündeki engellerin aşılmasında etkin olacaktır (16).

## **2.8. Polifarmasi**

### **2.8.1. Polifarmasi Tanımı ve Sıklığı**

Polifarmasi çoğul ilaç kullanımı anlamına gelmektedir. Polifarmasi kavramıyla ilgili kesin bir ortak görüş bulunmadığından çok sayıda tanımlama mevcuttur (33).

Literatürde yer alan bazı tanımlamalar;

- ✓ Hastanın aynı anda beş veya daha fazla ilacı birlikte kullanması (34).
- ✓ İki ya da daha fazla ilacın 240 gün veya daha uzun süre kullanılması (35).
- ✓ Klinik olarak uygun olmayan ilaç kullanımı (36).
- ✓ Gereğinden fazla ilaç kullanımı ya da tedavide gereksiz olarak kullanılan en az bir ilacın bulunması (37).

Polifarmasi bütün hastalar için sorun oluşturmakla birlikte yaşlı hastalarda daha sık görülmektedir. Yaşlı hasta popülasyonunda polifarmasi oranı %23 ile %39 arasında değişkenlik göstermektedir (37). ABD’de yapılan bir araştırmada en çok ilaç tüketen grubun %17 ile %19 oranında haftalık en az on ilaç kullanımı ile 65 yaş ve üzeri hastalar olduğu gösterilmiştir (38).

### **2.8.2. Polifarmasinin Nedenleri**

Polifarmasinin çok fazla nedeni vardır. Bu nedenlerin en başında komorbiditeler gelmektedir (39,40,41). Çoklu hastalığı olan kişilerin farklı farklı hekimlere

başvuruları nedeniyle hekimlerin diğer hekimlerden habersiz olarak ilaç reçete etmeleri de polifarmasi nedenlerinde bir diğer önemli faktördür. Bu nedenle aynı içerikli ilaçların kullanılmasını da içeren çoklu ilaç kullanımı meydana gelmektedir (40,41).

Çoklu ilaç kullanımının başka bir önemli sebebi de reçete kaskatıdır. Kullanılan bir ilacın istenmeyen bir etkisini önlemek için başka bir ilaç kullanılması reçete kaskatı olarak tanımlanmaktadır (42-46). Reçete kaskatına örnek olarak miyokard infarktüsü geçirmiş bir hastaya başlanan asetilsalisilik asit nedeniyle mide şikayetlerinin oluşması ve bu şikayetler için proton pompa inhibitörleri grubundan bir ilaç başlanması verilebilir.

Polifarmasi nedenleri arasında doktorlardan kaynaklanan durumlar da olabilmektedir. Özellikle bazı komorbiditesi olan hastalarda ilaçların etkileri ve etkileşimleri konusunda yetersiz bilgi, zaman kısıtlılıkları ve dikkatsizlik nedeniyle çoklu ve uygunsuz ilaç reçete etme gibi problemler olabilmektedir (47). Özellikle yaşlı hastalarda semptomlara yönelik ilaç kullanılması ve doktor tarafından yaşlı hastaların bütün ilaçlarının kontrol edilmemesi, eski ilaçların bırakılarak yeni ilaç başlama ve fazla sayıda ilaç yazma eğilimi doktorlardan kaynaklanan diğer önemli faktörler olarak sıralanabilir.

Hastaların ilaç beklentilerinin fazla olması, reçetesiz ilaç kullanımı, hastanın reçetede belirtilen dozlara uymayıp farklı dozlarda ilaç kullanması, hastaların aile bireylerinden ya da çevrelerinden ilaç alarak kullanması, işitme ve görme problemleri, depresyon, demans, bilişsel disfonksiyon, düşük eğitim düzeyi, hasta memnuniyeti ve yakın zamanda hastane yatışı gibi faktörler de hastalardan kaynaklanan çoklu ilaç kullanımı nedenleri arasında sayılabilir (48,49,50).

### **2.8.3. Polifarmasinin Sonuçları**

İlaç tedavisinin amacı hastalıkların iyileşmesini sağlamak, semptomları gidermek, koruyucu önlem almak ya da fizyolojik durumları değiştirmektir. Fakat gerekli ya da gereksiz olarak fazla sayıda ilaç kullanmak birçok problemi de beraberinde getirmektedir (51).

Polifarmasinin sebep olabileceği problemler şu şekilde sıranabilir; ilaç yan etkileri, ilaç etkileşimleri, hastanın tedaviye uyumsuzluğu, istemsiz kilo kaybı, kalça kırıkları, düşmeler, kognitif disfonksiyon, hastanede yatışın artması, fonksiyonel durumda kötüleşme, bakımevlerine yerleşmede artış, mortalite ve maliyet artışı.

Polifarmasi nedeniyle ortaya çıkabilecek problemler yaşlı popülasyonda daha sık görülmektedir. İlaç etkileşimleri ve yan etkilerine karşı daha duyarlı olmalarına neden olan komorbiditelere yatkınlık ve yaşlanmayla birlikte meydana gelen fizyolojik değişikliklere sekonder olarak ilaçların farmakokinetik ve farmakodinamik özelliklerinin değişimleri nedeniyle çoklu ilaç kullanımı yaşlı hastaları daha çok etkilemektedir (52). Yapılan ilaç çalışmalarında geriatrik yaş grubunun dışarıda tutulması ya da bu grupta yeterli çalışma yapılmaması da ilaç yan etkilerinin yaşlılarda daha fazla ortaya çıkmasının önemli sebeplerindendir. Sonuç olarak özellikle geriatrik grupta ilaçların uygun dozu, tedavi süresi ve meydana gelebilecek yan etkileri tahmin edilemeyebilmektedir. Geriatrik yaş grubunda ortaya çıkan yeni bir şikayetin, tersi kanıtlanıncaya kadar kullanılan ilaçlara bağlı olabileceği düşünülmeli ve ayrıntılı anamnez alınmalıdır (43,53).

## **2.9. Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı’nın Gelişimi**

AİK ile ilgili çalışmalar ülkemizde 1992 yılında başlatılmıştır. İlk kez 1992-1994 yılları arasında Eskişehir ve Bilecik’te hekimlerin ve halkın AİK konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek üzere araştırmalar yapılmıştır.

DSÖ ve Sağlık Bakanlığı arasında AİK kapsamında 1998/1999 Orta Vadeli İşbirliği Programı adı verilen bir çalışma başlatılmıştır. Bu çalışmadan sonra Eylül 1999’da “Türkiye’de AİK İlkelerinin Yerleştirilmesinde Farmakoterapi Eğitimi ve Klinik Farmakolojinin Yeri Çalışma Toplantısı” yapılmış ve bu toplantıda AİK konusundaki ulusal eylem planı ve AİK eğitimlerinin yaygınlaştırılması konularında önemli kararlar alınmıştır (54).

‘AİK Eğitici Eğitimi’ ile 89’u akademisyen, 104’ü Sağlık Bakanlığı il ve merkez teşkilatlarında çalışan doktorlardan oluşan 193 kişilik bir gruba AİK konusunda kapsamlı bir eğitim verilmiştir. Bu eğitimler 2001 ve 2006 yıllarında

yapılmıştır (21). Bu eğitimlerin yanı sıra proje illerde çalışan 1048 hekime AİK uygulamaları hakkında eğitimler verilmiştir. Yapılan eğitimlerin sonucunda AİK eğitimleri 18 tıp fakültesinin müfredatına eklenmiş olup halen devam etmektedir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı ve DSÖ işbirliği kapsamında 2002 ve 2006 yıllarında birer kez olmak üzere farmakodinami eğitimleri düzenlenmiştir (55).

AİK uygulamalarının daha pratik olması için kaynak formüller kullanılması gerektiği görüşüne varılarak ilk baskısı 1999 yılında son baskısı ise 2011 yılında ‘Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzu- TİK-6: 2011-2012 Formülleri’ ismiyle yapılan ve AİK konusunda çok faydalı olan bu kaynak Sağlık Bakanlığı’nca hekim ve eczacılara tavsiye edilmektedir (55).

AİK ilkelerinin uygulanabilirliğinin artırılmasında standart ve güncel tanı ve tedavi rehberlerinin kullanıma sunulması çok önemlidir. Bu amaç doğrultusunda ülkemizde Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi’nin basımı 2002 yılında yapılmıştır. Rehberlerin bir kısmında en son 2012 yılında güncellemeler yapılmıştır (55).

Hekimleri, sağlık çalışanlarını ve toplumu AİK konusunda eğitmek ve bilinçlendirmek amacıyla çeşitli kitaplar basılmıştır (55).

Ülkemizde AİK ile ilgili kurumsal yapılanmalar 2010 yılında başlatılmıştır. Bu yapılanmaların ilki SB Müsteşar Yardımcısı Başkanlığı’nda kurulan “Ulusal AİK Koordinasyon Kurulu” olmuştur. Yine aynı yıl “Akılcı İlaç Kullanımı Dairesi” SB Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu bünyesinde kurulmuştur. İl Sağlık Müdürlükleri’ne bağlı Akılcı İlaç Kullanımı İl Koordinatörlükleri’nin amacı ise illerdeki koordinasyonu sağlamaktır. Hastanelerde planlama yapmak ve uygulamalarda bulunmak amacıyla da Hastane Hizmet Kalite Standartları gereğince AİK Ekipleri mevcuttur (55).

Birçoğu Sağlık Bakanlığı’nca verilen “Akılcı Farmakoterapi Eğitimleri” 2011 yılına kadar Türkiye genelinde çok sayıda hekimin AİK konusunda eğitim almasını sağlamıştır (55).

Ulusal AİK Koordinasyon Kurulu’nun 2011 yılında başlattığı AİK Bilgilendirme Kampanyası’nın hazırlıkları günümüzde de devam etmektedir.

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, SB'nın elektronik veri kaynakları ve Türkiye genelinde saha verileri kullanılarak yapılan AİK konusundaki geniş kapsamlı ve özgün çalışmaların raporlarını 2011 yılında yayımlamaya başlamıştır (55).

AİK ile ilgili yapılması planlanan faaliyetlerin koordinasyonunu sağlamak ve sağlık çalışanları ve toplum üzerinde AİK konusunda farkındalık oluşturmak amacıyla “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017” hazırlanmıştır. Bu planda AİK konusunda yapılacak olan faaliyetlerin bir çatı altında toplanması sağlanmış ve iş bölümleriyle ilgili taraflar belirlenmiştir (3).

### **2.10. Türkiye’de Hekimlere Yönelik AİK Eğitim Programları**

Ülkemizdeki tıp fakültelerinde ilk defa 1996 yılında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 4. sınıf staj programlarının içinde AİK eğitimleri verilmeye başlanmıştır. İlk eğitimler 4. sınıf staj programlarının içinde probleme dayalı AİK eğitimi olarak verilirken daha sonra ayrı bir klinik staj haline getirilmiştir (55).

SB tarafından 2010 yılında AİK eğitimleri için gerekli olan zaman, mekan ve sayı azlığı nedeniyle çağın gereklerine de uygun olacağı düşünülerek “Uzaktan Erişimle AİK Eğitimi” ön çalışma programı başlatılmıştır (55).

3 Temmuz 2013’te Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu AİK Birimi “Aile Hekimlerine yönelik 1.Basamak Uyum Eğitimi” düzenlemeye başlamıştır (3).

“Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) Ulusal Eylem Planı 2014-2017” içeriğinde bulunan “Tıpta uzmanlık eğitimi sırasında asistan hekimlerin eğitim müfredatına AİK ile ilgili eğitim programı eklenmesinin sağlanması” önemli faaliyetlerden biridir. Asistan hekimlerin AİK konusunda bilinçlendirilmesi amacıyla uzmanlık öncesi eğitim müfredatına 3 günlük “Akılcı İlaç Kullanımı Asistan Hekim Eğitimi” eklenmesi planlanmıştır (3).

AİK eğitimleri, ülkemizde yapılan AİK eğitim çalışmalarının sonucunda 18 tıp fakültesinde eğitim müfredatına alınmıştır (55).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Çalışmanın Tasarımı

Tanımlayıcı tipte düzenlenen bu çalışmaya İKÇÜ Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde reçete yazılabilen branşlarda görev yapan toplam 245 araştırma görevlisi hekimden 202'si dahil edilmiştir. Çalışmanın başlangıcında örneklem seçilmemiş olup bütün evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Verilerin toplanması esnasında araştırma görevlisi hekimlerin görev yerlerine en az 3 kez ziyarette bulunulmasına karşın izin, rapor, yerinde bulamama, iş yoğunluğu ve benzeri nedenlerle 245 hekimden 202'sine ulaşılabilmektedir.

Çalışma 01.12.2017 – 01.01.2018 tarihleri arasında etik kurul onayı ve hastane yöneticiliği izinleri sonrası uygulanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce, İKÇÜ Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 01.11.2017 tarihli ve 245 sayılı karar numarası ile etik kurul onayı ve 24.11.2017 tarihli tez izni alınmıştır (EK-1) (EK 2).

Her anket formu, araştırma görevlilerinin çalıştıkları bölümlere en az 3 kez ziyarette bulunularak kendilerine direkt olarak elden teslim edilmiştir. İlk olarak katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü olan bireylerin sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Yazılı onam formuna anketin başlangıç kısmında yer verilmiştir.

#### 3.2. Çalışmada Kullanılan Anket

**1. AİK'e yönelik anket:** Katılımcılara AİK'e yönelik sorular hazırlanırken Sağlık Bakanlığı'nın genel kullanıma açık AİK'e yönelik anketi olan "Türkiye'de hastanelerde görev yapan hekimlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarını değerlendirme çalışması" isimli anket formundan yararlanılarak yeni bir anket formu oluşturulmuştur (3).

Araştırma görevlilerine uygulanan ankette sosyodemografik özelliklerle ilgili 9, AİK'e yönelik 21 olmak üzere toplam 30 soru yer almaktadır. Sosyodemografik özelliklere ait sorular; hekimlerin yaş, cinsiyet, medeni hal, mesleki tecrübelerinin



kaç yıl olduğu, branş, kurumdaki hizmet süresi, mezun olunan tıp fakültesi, mezuniyet yılı ve geçmiş yıllarda başka bir sağlık kuruluşunda çalışıp çalışmama durumlarını sorgulamaktaydı. AİK ile ilgili sorular ise günlük ortalama hasta sayısı, bir hastaya ayrılan ortalama süre, günlük başvuran hastaların yüzde kaçına reçete yazdığı, bir reçetede ortalama ilaç sayısı, AİK konusunda eğitim almak isteyip istemediği, daha önce AİK konusunda eğitim alıp almadığı, AİK konusundaki eğitimi nereden aldığı, AİK eğitiminde edindiği bilgileri tedavi sırasında uygulayıp uygulayamadığı, advers etki bildirimini yapıp yapmadığı, kaç kere advers etki bildirimini yaptığı, yazarken kullandığı bilgi kaynakları, ilaçlarla ilgili kendi bilgi düzeyi hakkındaki düşünceleri, en sık reçete ettiği ilaç grubu, ilaç reçete ederken hastanın hangi anamnez bilgilerinden yararlandığı, hastaya ilaçlarla ilgili yaptığı bilgilendirmeyi yeterli bulup bulmadığı, hastalara ilaçlarla ilgili verilen bilgilerin sıklığı, hastaya ilaç ile ilgili bilgi verdikten sonra hastanın anlayıp anlamadığını kontrol edip etmeme durumu, hastalar tarafından talep edilen ilaçları yazıp yazmadığı, hastalarına ilaç dışında bitkisel ürün tavsiye edip etmediği, tedavi sonrası hastaları kontrole çağırıp çağırmadığı ve son olarak hekimlerin kendi AİK bilgi düzeyleri hakkındaki düşünceleri sorgulanmaktaydı (EK-3).

### **3.3. Çalışmaya Dahil Olma Kriterleri**

1. Çalışmaya katılmayı kabul etme
2. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde reçete yazılan kliniklerde araştırma görevlisi olma
3. Anketin uygulandığı dönemde uzun dönemli raporlu/izinli olmama

### **3.4. Çalışmaya Dahil Olmama Kriterleri**

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmeme
2. İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde reçete yazılan kliniklerde araştırma görevlisi olmama
3. Anketin uygulandığı dönemde uzun dönemli raporlu/izinli olma

### 3.5. İstatistiksel Yöntem

Veriler IBM Statistical Program for Social Sciences (SPSS) Statistics 17.0 paket programına girilerek analiz edilmiştir. Çalışmadaki tanımlayıcı analizler sayısal değişkenler için ortalama, ortanca, standart sapma, en küçük-en büyük değer; kategorik değişkenler için sayı, oran, yüzde kullanılmıştır. İki kategorik değişken arasında ilişki olup olmadığına Ki Kare Testi ile bakılmıştır. Ki kare testi için gruplarda yeterli sayılara ulaşılamadığı durumlarda grup birleştirmeleri yapılmış ve test tekrar uygulanmıştır. Yapılan tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.



## 4. BULGULAR

### 4.1. Çalışmaya Katılan Araştırma Görevlisi Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri

Araştırmaya 202 araştırma görevlisi hekim dahil edilmiştir. Hekimlerin %67,3'ü (n=136) 25-29 yaş aralığındadır.

Araştırmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerin %52,0'ı (n=105) kadın, %48,0'ı (n=97) erkektir. Hekimlerin %50,5'i (n=102) evli iken, %49,5'i (n=100) bekaardır.

Hekimlerin %43,1'inin (n=87) mesleki tecrübesi 1-3 yıl arasında, %40,6'sının (n=82) ise 4-10 yıl arasındadır.

Hekimlerin %71,8'i (n=145) dahili branşlarda, %28,2'si (n=57) ise cerrahi branşlarda görev yapmaktadır.

Hekimlerden, çalışmanın gerçekleştirildiği kurumdaki hizmet süresi 0-2,5 yıl arasında olanlar %64,4 (n=130), 2,5 yılın üstünde olanlar ise %35,6 (n=72) sıklıktadır.

Hekimlerin %18,8'i (n=38) İç Anadolu Bölgesi'ndeki, %48,0'ı (n=97) Ege Bölgesi'ndeki, %10,4'ü (n=21) Marmara Bölgesi'ndeki tıp fakültelerinden mezundur.

Hekimlerin %46'sı (n=93) 1988-2013 yılları arasında, %54'ü (n=109) ise 2014-2016 yılları arasında tıp fakültesinden mezun olmuştur.

Hekimlerin %92,1'i (n=186) geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşlarında çalıştıklarını belirtmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1. Araştırmaya Katılan Araştırma Görevlisi Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>YAŞ</b>		
25-29	136	67,3
30-34	66	21,8
35 ve üzeri	22	10,9
<b>CİNSİYET</b>		
Kadın	105	52,0
Erkek	97	48,0
<b>MEDENİ HAL</b>		
Evli	102	50,5
Bekar	100	49,5
<b>MESLEKİ TECRÜBE</b>		
<1 yıl	13	6,4
1-3 yıl	87	43,1
4-10 yıl	82	40,6
11-15 yıl	10	5,0
16-20 yıl	6	3,0
>20 yıl	4	2,0
<b>BRANŞINIZ</b>		
Dahili	145	71,8
Cerrahi	57	28,2
<b>KURUMDAKİ HİZMET SÜRESİ</b>		
0-2.5 yıl	130	64,4
2.5 yıl ve üzeri	72	35,6
<b>MEZUN OLUNAN ÜNİVERSİTE</b>		
İç Anadolu	38	18,8
Ege	97	48,0
Yurtdışı	3	1,5
Marmara	21	10,4
Güneydoğu	5	2,5
Akdeniz	26	12,9
Karadeniz	9	4,5
Doğu Anadolu	3	1,5
<b>MEZUNİYET YILI</b>		
2013 ve öncesi	93	46,0
2014 ve sonrası	109	54,0
<b>GEÇMİŞ YILLARDA BAŞKA SAĞLIK KURUMLARINDA ÇALIŞMA DURUMU</b>		
Evet	186	92,1
Hayır	16	7,9

#### 4.2. Hekimlerin Günlük Ortalama Hasta Sayıları, Her Bir Hastaya Ayırdıkları Süre ve Reçete Yazma ile İlgili Özellikleri

Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerin %41,1'inin (n=83) günlük ortalama hasta sayısı 30-59 arası, %10,9'unun (n=22) ise 90 ve üstüdür.

Hekimlerin yalnızca %20,3'ü (n=41) hastalarına 15 dk ve üzerinde süre ayırabildiğini belirtmiştir.

Hekimlerin %37,1'i (n=75) hastaların %41-%80'ine, %18,8'i ise hastaların %81-%100'üne reçete yazdığını belirtmiştir.

Hekimlerin %27,2'si (n=55) bir reçetedeki ortalama ilaç sayısını 2 kalem, %51,5'i (n=104) 3 kalem olarak belirtmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2. Hekimlerin Günlük Ortalama Hasta Sayıları, Her Bir Hastaya Ayırdıkları Süre ve Reçete Yazma ile İlgili Özellikleri**

	n	%
<b>Günlük ortalama hasta sayısı</b>		
30 ve altı	69	34,2
30-59	83	41,1
60-89	28	13,9
90 ve üstü	22	10,9
<b>Bir hastaya ayrılan ortalama süre</b>		
0-4 dk	29	14,4
5-9 dk	69	34,2
10-14 dk	63	31,2
15 ve üzeri dk	41	20,3
<b>Günlük Başvuran Hastalara Reçete Yazma Dağılımı</b>		
%1-%20	39	19,3
%21-%40	48	23,8
%41-%80	75	37,1
%81-%100	38	18,8
Hiç Yazmıyorum	2	1
<b>Bir Reçetede Yer Alan Ortalama İlaç Sayısı</b>		
1	15	7,4
2	55	27,2
3	104	51,5
4	19	9,4
5 ve üzeri	9	4,5

### 4.3. Çalışmaya Katılan Hekimlerin Bazı Özellikleri ve AİK Konusundaki Tutum ve Davranışları

Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerin %70,8'i (n=143) AİK konusunda eğitim almak istediğini belirtmiştir (Tablo 3).

Hekimlerin %59,9'u (n=121) daha önce AİK konusunda eğitim aldığını belirtmiştir (Tablo 3).

AİK konusunda eğitim alan araştırma görevlisi hekimlerin %71,9'u (n=87) AİK eğitimini tıp fakültesinde aldığını belirtmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3. Hekimlerin AİK Eğitimi Durumları**

	n	%
<b>AİK konusunda eğitim almak ister misiniz?</b>		
Evet	143	70,8
Hayır	59	29,2
<b>Daha önce AİK konusunda eğitim aldınız mı?</b>		
Evet	121	59,9
Hayır	81	40,1
<b>AİK Konusundaki Eğitimi Nereden Aldınız?</b>		
Tıp Fakültesi	87	71,9
Sağlık Bakanlığı	30	24,8
Meslek Odası	0	0,0
İlaç Firması	4	3,3
Diğer	0	0,0
<b>AİK eğitiminde edindiğiniz bilgileri tedavi sırasında uygulayabiliyor musunuz?</b>		
Eğitim almayanlar	75	37,1
Evet	100	49,5
Hayır	27	13,4

Hekimlerin yalnızca %16,8'i (n=34) çalıştıkları süre zarfında advers etki bildirimini yaptığını belirtmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4. Hekimlerin Advers Etki Bildirimi Durumları**

	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Advers etki bildirimi yapıyor musunuz?</b>		
<b>Evet</b>	34	16,8
<b>Hayır</b>	168	83,2
<b>Şimdiye kadar kaç bildirim yaptınız?</b>		
<b>Bildirim yapmayanlar</b>	168	83,2
<b>1-2</b>	24	11,9
<b>3-5</b>	9	4,5
<b>6-10</b>	0	0
<b>&gt;10</b>	1	0,5

Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerin %56,9'u (n=115) reçete yazarken tanı ve tedavi rehberlerinden, %46,5'i (n=94) meslektaş görüşlerinden ve %67,3'ü (n=136) ise çeşitli internet sitelerinden yararlandığını belirtmiştir. Hekimlerin %1,4'ü (n=3) ise hiçbir kaynaktan yararlanmadığını belirtmiştir (Tablo 5).

**Tablo 5. Hekimlerin Reçete Yazarken Kullandıkları Bilgi Kaynakları**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzu (TİK)	28	13,8
Tanı ve Tedavi Rehberleri	115	56,9
Vademecum	58	28,7
Farmakoloji Kitapları	33	16,3
İlaç Bilgi Yazılım Programları	44	21,7
İlaç Firmalarının Araştırma ve Tanıtım Çalışmaları	43	21,2
Meslektaş	94	46,5
İnternet	136	67,3
Hiçbir Kaynaktan Yararlanmıyorum	3	01,4

(Hekimler birden fazla seçenek işaretlediğinden yüzdelerin toplamı 100,0'den fazladır.)

**Tablo 6. Hekimlerin İlaçlarla İlgili Kendi Bilgi Düzeyleri Hakkındaki Görüşleri**

	Çok iyi		iyi		orta		kötü		Çok kötü	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Endikasyonlar	25	12,4	119	58,9	57	28,2	0	0	1	0,5
Pozoloji ve uygulama şekli	10	5,0	108	53,5	77	38,1	6	3,0	1	0,5
Farmakolojik özellikler	4	2,0	63	31,2	109	54,0	23	11,4	3	1,5
Kontrendikasyonlar	17	8,4	76	37,6	98	48,5	9	4,5	2	1,0
Yan etkiler	4	2,0	67	33,2	105	52,0	24	11,9	2	1,0
İlaçların etkileşimleri	3	1,5	33	16,3	91	45,0	66	32,7	9	4,5
Uyarılar, önlemler	6	3,0	61	30,2	106	52,5	24	11,9	5	2,5
Özel durumlar(gebelik, pediatri vb)	12	5,9	86	42,6	82	40,6	19	9,4	3	1,5
Biyoeşdeğerlik	7	3,5	54	26,7	98	48,5	37	18,5	6	3,0

Çalışmaya katılan hekimlerin %58,9'u (n=119) ilaçların endikasyonlarıyla ilgili bilgilerinin iyi olduğunu düşünmektedir.

Hekimlerin %53,5'i (n=108) ilaçların pozoloji ve uygulama şekilleriyle ilgili bilgilerinin iyi olduğunu düşünmektedir.

Hekimlerin %54,0'ı (n=109) ilaçların farmakolojik özellikleriyle ilgili bilgilerinin orta düzeyde olduğunu düşünmektedir.

Hekimlerin %48,5'i (n=98) ilaçların kontrendikasyonlarıyla ilgili bilgilerinin orta düzeyde olduğunu düşünmektedir.

Hekimlerin %52'si (n=105) ilaçların yan etkileriyle ilgili bilgilerinin orta düzeyde olduğunu düşünmektedir.

Hekimlerin %45,0'ı (n=91) ilaçların etkileşimleriyle (ilaç/besin) ilgili bilgilerinin orta düzeyde, %32,7'si (n=66) ise kötü olduğunu düşünmektedir.

Hekimlerin %52,5'i (n=106) ilaçlara yönelik uyarılar ve önlemlerle ilgili bilgilerinin orta düzeyde, %11,9'u (n=24) ise kötü olduğunu düşünmektedir.

Hekimlerin %42,6'sı (n=86) ilaçlarla ilgili özel durumlar (gebelik, pediatri vb.) hakkındaki bilgilerinin iyi olduğunu düşünmektedir.



Hekimlerin %48,5'i (n=98) ilaçların biyoeşdeğerlikleriyle ilgili bilgilerinin orta düzeyde, %18,5'i (n=37) ise kötü olduğunu düşünmektedir (Tablo 6).

**Tablo 7. En Sık Reçete Edilen İlaç Grubu**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Antidiyabetikler	18	8,9
NSAİİ	100	49,5
PPI	24	11,8
Antibiyotikler	43	21,2
Antiagreganlar	9	4,4
Antidepresanlar	15	7,4
Steroidler	9	4,5
Antihipertansifler	22	10,8
Statinler	2	1,0
Antihistaminikler	3	1,4
Antiepileptikler	1	0,5
Hormonlar	1	0,5
İnhaler Grubu	4	2,0

(Bazı hekimler birden fazla ilaç grubu belirttiği için yüzdelerin toplamı 100,0'dan fazladır.)

Çalışmaya katılan hekimlerin en sık yazdığı 5 ilaç grubu şu şekildedir;

1. Non-Steroid Anti-İnflamatuar İlaçlar (NSAİİ) %49,5 (n=100)
2. Antibiyotikler %21 (n=43)
3. Proton Pompa İnhibitörleri (PPI) %11,8 (n=24)
4. Antihipertansifler %10,8 (n=22)
5. Antidiyabetikler %8,9 (n=18) (Tablo 7)

**Tablo 8. Hekimlerin Anamnez Bilgilerinden Yararlanma Durumları**

	Her zaman		Sıklıkla		Bazen		Nadiren		Hiçbir Zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kullanılan Başka ilaçlar	117	57,9	71	35,1	13	6,4	1	0,5	0	0
İlaç alerjisi	107	53,3	58	28,7	28	13,9	9	4,5	0	0
Karaciğer Hastalığı	72	35,6	81	40,1	43	21,3	6	3,0	0	0
Böbrek Hastalığı	82	40,6	86	42,6	30	14,9	4	2,0	0	0
Kronik Hastalık	114	56,4	69	34,2	17	8,4	2	1,0	0	0
Gebelik	113	55,9	65	32,2	18	8,9	5	2,5	1	0,5
Yaş	95	47,0	76	37,6	24	11,9	5	2,5	2	1,0
Cinsiyet	43	21,3	57	28,2	57	28,2	33	16,3	12	5,9
Bitkisel Ürün Kullanımı	13	6,4	32	15,8	68	33,7	59	29,2	30	14,9
Diğer	Sadece 1 kişi hastanın ilaç kullanmak isteyip istemediğini sorduğunu belirtti.									

Araştırmaya katılan hekimlerin anamnez bilgilerinden yararlanma durumları tablo 8’de sunulmuştur.

**Tablo 9. Hekimlerin Hastalara İlaçlarla İlgili Verdikleri Bilgilerin Yeterliliği İle İlgili Düşünceleri**

	n	%
Hastaya ilaçlarla ilgili verdiğiniz bilgileri yeterli buluyor musunuz?		
Evet	64	31,7
Kısmen	123	60,9
Hayır	15	7,4

Çalışmaya katılan hekimlerin %31,7'si (n=64) hastalara ilaçlarla ilgili verdikleri bilgilerin yeterli olduğunu, %60,9'u (n=123) kısmen yeterli olduğunu, %7,4'ü (n=15) ise yeterli olmadığını düşünmektedir (Tablo 9).

**Tablo 10. Hekimlerin Hastalarına İlaçlarla İlgili Verdikleri Bilgilerin Sıklığı ile İlgili Düşünceleri**

	Her zaman		Sıklıkla		Bazen		Nadiren		Hiçbir Zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
İlacın adı	62	30,7	84	41,6	36	17,8	12	5,9	8	4,0
Uygulama şekli	100	49,5	75	37,1	18	8,9	7	3,5	2	1,0
Günlük dozu	110	54,5	69	34,2	17	8,4	4	2,0	2	1,0
Tedavi süresi	92	45,5	86	42,6	19	9,4	3	1,5	2	1,0
İlacın etki mekanizması	6	3,0	24	11,9	61	30,2	84	41,6	27	13,4
İlacın olası yan etkileri	15	7,4	69	34,2	80	39,6	31	15,3	7	3,5
İlacın fiyatını	5	2,5	12	5,9	27	13,4	83	41,1	75	37,1
Diğer ilaçlarla/besinlerle etkileşimi	11	5,4	33	16,3	68	33,7	69	34,2	21	10,4
Uzak durması gereken aktiviteler	15	7,4	59	29,2	66	32,7	45	22,3	17	8,4
İlacı ne zaman bırakması gerektiği	48	23,8	105	52,0	30	14,9	12	5,9	7	3,5
İlacın ne zaman etki göstereceği	33	16,3	105	52,0	46	22,8	11	5,4	7	3,5
Diğer										

Çalışmaya katılan hekimlerin %30,7'si (n=62) hastalarına ilaçların adıyla ilgili her zaman bilgi verdiğini belirtirken, %4,0'ı (n=8) ise hastalarına hiçbir zaman bu konuda bilgi vermediğini belirtmiştir.

Hekimlerin %49,5'i (n=100) hastalarına ilaçların uygulama şekliyle ilgili her zaman bilgi verdiğini belirtirken, %1,0'ı (n=2) ise hastalarına hiçbir zaman bu konuda bilgi vermediğini belirtmiştir.

Hekimlerin %54,5'i (n=110) hastalarına ilaçların günlük dozlarıyla ilgili her zaman bilgi verdiğini belirtirken, %1,0'ı (n=2) ise hastalarına hiçbir zaman bu konuda bilgi vermediğini belirtmiştir.

Hekimlerin %45,5'i (n=92) hastalarına tedavi süresiyle ilgili her zaman bilgi verdiğini belirtirken, %1,0'ı (n=2) ise hastalarına hiçbir zaman bu konuda bilgi vermediğini belirtmiştir.

Hekimlerin %3,0'ı (n=6) hastalarına ilaçların etki mekanizmasıyla ilgili her zaman bilgi verdiğini belirtirken, %13,4'ü (n=27) ise hastalarına hiçbir zaman bu konuda bilgi vermediğini belirtmiştir.

Hekimlerin %7,4'ü (n=15) hastalarına ilaçların olası yan etkileriyle ilgili her zaman bilgi verdiğini belirtirken, % 3,5'i (n=7) ise hastalarına hiçbir zaman bu konuda bilgi vermediğini belirtmiştir.

Hekimlerin %2,5'i (n=5) hastalarına ilaçların fiyatlarıyla ilgili her zaman bilgi verdiğini belirtirken, %37,1'i (n=75) ise hastalarına hiçbir zaman bu konuda bilgi vermediğini belirtmiştir.

Hekimlerin %5,4'ü (n=11) hastalarına ilaçların diğer ilaçlarla ya da besinlerle etkileşimiyle ilgili her zaman bilgi verdiğini belirtirken, %10,4'ü (n=21) ise hastalarına hiçbir zaman bu konuda bilgi vermediğini belirtmiştir.

Hekimlerin %7,4'ü (n=15) hastalarına uzak durmaları gereken aktivitelerle ilgili her zaman bilgi verdiğini belirtirken, %8,4'ü (n=17) ise hastalarına hiçbir zaman bu konuda bilgi vermediğini belirtmiştir.

Hekimlerin %23,8'i (n=48) hastalarına ilacı ne zaman bırakmaları gerektiğiyle ilgili her zaman bilgi verdiğini belirtirken, %3,5'i (n=7) ise hastalarına hiçbir zaman bu konuda bilgi vermediğini belirtmiştir.

Hekimlerin %16,3'ü (n=33) hastalarına ilacın ne zaman etki göstereceğiyle ilgili her zaman bilgi verdiğini belirtirken, %3,5'i (n=7) ise hastalarına hiçbir zaman bu konuda bilgi vermediğini belirtmiştir (Tablo 10).

**Tablo 11. Hekimlerin İlaç ile İlgili Bilgi Verdikten Sonra Hastanın Anlayıp Anlamadığını Kontrol Etme Durumları**

	n	%
Evet	124	61,4
Bazen	66	32,7
Hayır	12	5,9

Çalışmaya katılan hekimlerin %61,4'ü (n=124) hastalarına yazdığı ilaçlar hakkında bilgi verdikten sonra onların anlayıp anlamadıklarını kontrol ettiğini, belirtmiştir (Tablo 11).

**Tablo 12. Hekimlerin Hastalar Tarafından Talep Edilen İlaçları Reçete Edip Etmeme Durumları**

	n	%
Evet	16	7,9
Bazen	139	68,8
Hayır	47	23,3

Çalışmaya katılan hekimlerin %68,8'i (n=139) hastalar tarafından talep edilen ilaçları bazen reçete ettiğini belirtmiştir (Tablo 12).

**Tablo 13. Hekimlerin Hastalarına İlaç Dışında Bitkisel Ürün Önerme Durumları**

	n	%
Evet	6	3,0
Bazen	55	27,2
Hayır	141	69,8

Çalışmaya katılan hekimlerin %69,8'i (n=141) hastalarına ilaç dışında bitkisel ürün önerisinde bulunmadığını belirtmiştir (Tablo 13).

**Tablo 14. Hekimlerin Tedavi Sonrası İlaç Etkinliğini Değerlendirmek için Hastalarını Kontrole Çağırma Durumları**

	n	%
Evet	128	63,4
Bazen	50	24,8
Hayır	24	11,9

Çalışmaya katılan hekimlerin %63,4'ü (n=128) tedavi sonrası ilaç etkinliğini değerlendirmek için hastalarını kontrole çağırdığını ifade etmiştir (Tablo 14).

**Tablo 15. Hekimlerin AİK Konusundaki Bilgi Düzeyleri**

	n	%
Çok Yeterliyim	2	1,0
Yeterliyim	52	25,7
Orta	116	57,4
Yetersizim	31	15,3
Hiç Yeterli Değilim	1	0,5

Çalışmaya katılan hekimlerin %25,7'si (n=52) kendi AİK konusundaki bilgi düzeyini yeterli olarak görmekteyken, %57,4'ü (n=116) orta düzeyde yeterli gördüğünü, %15,3'ü (n=31) ise yetersiz gördüğünü belirtmiştir (Tablo 15).

#### **4.4. Araştırma Görevlisi Hekimlerin Branşları ile AİK Konusundaki Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi**

Uygulanan ki-kare analiziyle yapılan değerlendirmelerin sonucunda dahili ve cerrahi branşlar arasında bir reçetede ortalama kaç kalem ilaç olduğu konusunda anlamlı istatistiksel fark bulunmuştur ( $p<0,001$ ).

Bir hastaya ayrılan ortalama süre ile dahili ve cerrahi branşlar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

Hekimlerin branşları ile AİK konusunda eğitim alma istekleri ve AİK konusunda eğitim almış olup olmamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ).

İlaçların genel özellikleriyle ilgili bilgi düzeyleri ile cerrahi ve dahili branşlar arasında istatistiksel olarak bir fark olup olmadığı değerlendirilmiştir. Hekimlerin ilaçların endikasyonları ( $p=0,028^*$ ), pozoloji ve uygulama şekli ( $p=0,011^*$ ) ve kontrendikasyonları ( $p=0,003^{**}$ ) ile ilgili kendi bilgi düzeylerini değerlendirmeleri arasında cerrahi ve dahili branşlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$ ). İlaçların endikasyonları ile ilgili bilgi düzeyleri ile ilgili dahili branşlarda çalışan hekimlerin %75,9'u kendisini çok iyi/ iyi olarak değerlendirirken, cerrahi branşlarda çalışanların %59,7'si kendisini çok iyi/iyi olarak değerlendirmiştir. İlaçların pozoloji ve uygulama şekli ile ilgili bilgi düzeyleri ile ilgili dahili branşlarda çalışan hekimlerin %65,5'i kendisini çok iyi/ iyi olarak değerlendirirken, cerrahi branşlarda çalışanların %40,4'ü kendisini çok iyi/iyi olarak değerlendirmiştir. İlaçların kontrendikasyonları ile ilgili bilgi düzeyleri ile ilgili dahili branşlarda çalışan hekimlerin %52,4'ü kendisini çok iyi/ iyi olarak değerlendirirken, cerrahi branşlarda çalışanların %29,9'u kendisini çok iyi/iyi olarak değerlendirmiştir. İlaçların farmakolojik özellikleri, yan etkileri, ilaçların etkileşimleri (ilaç/besin), uyarılar/önlemler, özel durumlar(gebelik/pediyatri vb) ve biyoçeşitlilik bilgileri ile branşlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastalara ilaçlarla ilgili bilgi verme sıklığı ile cerrahi ve dahili branşlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olup olmadığı değerlendirilmiştir. İlaç adı ( $p=0,007^{**}$ ), günlük dozu ( $p=0,025^{**}$ ), ilacın olası yan etkileri ( $p=0,015^*$ ), uzak durması gereken aktiviteler ( $p=0,010^*$ ), ilacı ne zaman bırakması gerektiği ( $p=0,001^{**}$ ) ile ilgili hastaların bilgilendirilmesi ile cerrahi ve dahili branşlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar bulunmuştur (\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$ ). Dahili branşlarda çalışan hekimlerin %79,3'ü, cerrahi branşlarda çalışan hekimlerin ise %54,4'ü hastalarını ilaçların adları ile ilgili her zaman/sıklıkla bilgilendirdiğini belirtmiştir. Dahili branşlarda çalışan hekimlerin %92,4'ü, cerrahi branşlarda çalışan hekimlerin ise %79'u hastalarını ilaçların günlük dozları ile ilgili her zaman/sıklıkla bilgilendirdiğini belirtmiştir. Dahili branşlarda çalışan hekimlerin %46,2'si, cerrahi branşlarda çalışan hekimlerin ise %29,8'i hastalarını ilaçların olası yan etkileri ile ilgili her zaman/sıklıkla bilgilendirdiğini belirtmiştir. Dahili branşlarda çalışan hekimlerin %4,1'i, cerrahi branşlarda çalışan hekimlerin ise

%19,3'ü hastalarını uzak durmaları gereken aktiviteler ile ilgili hiçbir zaman bilgilendirmediğini belirtmiştir. Dahili branşlarda çalışan hekimlerin %80,7'si, cerrahi branşlarda çalışan hekimlerin ise %63,1'i hastalarını ilacı ne zaman bırakmaları gerektiği ile ilgili her zaman/sıklıkla bilgilendirdiğini belirtmiştir. İlacın uygulama şekli, tedavi süresi, ilacın etki mekanizması, ilacın fiyatı, diğer ilaçlarla/besinlerle etkileşimi ve ilacın ne zaman etki göstereceği ile ilgili hastaların bilgilendirilmesi ile cerrahi ve dahili branşlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

**Tablo 16. Hekimlerin Branşları ile Hastalara Günlük Reçete Yazma Oranları Arasındaki İlişki**

	hiç		% 1-20		% 21-40		% 41-80		% 81-100		toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
dahili	1	0,7	22	15,2	30	20,7	59	40,7	33	22,8	145	100,0	0,011*
cerrahi	1	1,8	17	29,8	18	31,6	16	28,1	5	8,8	57	100,0	
toplam	2	1,0	39	19,3	48	23,8	75	37,1	38	18,8	202	100,0	

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Uygulanan ki kare analiziyle yapılan değerlendirmelerin sonucunda branşlar ile hastalara günlük reçete yazma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05). Dahili branşlarda çalışan hekimlerin %40,7'si hastaların %41-%80'ine, %22,8'i hastaların %81-%100'üne reçete yazdığını belirtirken; cerrahi branşlarda çalışan hekimlerin %28,1'i hastaların %41-%80'ine, %8,8'i hastaların %81-%100'üne reçete yazdığını belirtmiştir (Tablo 16).

**Tablo 17. Hekimlerin Branşları ile AİK Konusundaki Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki**

	Çok Yeterli/Yeterli		Orta		Çok Yetersiz/Yetersiz		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
dahili	43	29,7	88	60,7	14	9,7	145	100,0	0,001**
cerrahi	11	19,3	28	49,1	18	31,6	57	100,0	

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001



Uygulanan ki kare analiziyle yapılan değerlendirmelerin sonucunda branşlar ile hekimlerin kendi AİK konusundaki bilgi düzeylerini değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,01$ ). Dahili branşlarda çalışan hekimlerin %9,7'si AİK konusundaki kendi bilgi düzeyini çok yetersiz/yetersiz olarak değerlendirirken, cerrahi branşlarda çalışan hekimlerin %31,6'sı bu konudaki kendi bilgi düzeyini çok yetersiz/yetersiz olarak değerlendirmiştir (Tablo 17).

**Tablo 18. Hekimlerin Branşları ile Ortalama Hasta Sayıları Arasındaki İlişki**

	<30		30-59		60-89		>90		toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
dahili	52	35,9	57	39,3	20	13,8	16	11,0	145	100,0	0,839
cerrahi	17	29,8	26	45,6	8	14,0	6	10,5	57	100,0	
toplam	69	34,2	83	41,1	28	13,9	22	10,9	202	100,0	

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Uygulanan ki kare analiziyle yapılan değerlendirmelerin sonucunda branşlar ile günlük başvuran ortalama hasta sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 18).

#### 4.5. Günlük Ortalama Hasta Sayıları ile Hekimlerin AİK ile İlgili Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

**Tablo 19. Günlük Ortalama Hasta Sayısı ile Bir Hastaya Ayrılan Ortalama Süre Arasındaki İlişki**

	0-4 dk		5-9 dk		10-14 dk		15 dk ve üstü		toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<30	4	5,8	9	13,0	26	37,7	30	43,5	69	100,0	<0,001***
30-59	8	9,6	30	36,1	36	43,4	9	10,8	83	100,0	
60-89	6	21,4	21	75,0	1	3,6	0	0,0	28	100,0	
>90	11	50,0	9	40,9	0	0,0	2	4,9	22	100,0	

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Ki kare analizi uygulanarak yapılan değerlendirmelerin sonucunda günlük başvuran ortalama hasta sayısı ile, bir hastaya ayrılan ortalama süre arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Günlük ortalama hasta sayısının 30'un altında olduğunu belirten hekimlerin %43,5'i hastalarına 15 dk ve üzeri süre ayırdığını belirtirken, günlük ortalama hasta sayısı 60-89 arası olan hekimlerin %75,0'ı hastalarına ortalama 5-9 dk ayırdığını belirtmiştir (Tablo 19).

**Tablo 20. Günlük Ortalama Hasta Sayısı ile Hastaların İlaçlarla İlgili Bilgilendirilmesi Arasındaki İlişki**

	Evet		Kısmen		Hayır		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<30	27	39,1	40	58,0	2	2,9	69	100,0	0,110
30-59	22	26,5	53	63,9	8	9,6	83	100,0	
60-89	12	42,9	13	46,4	3	10,7	28	100,0	
>90	3	13,6	17	77,3	2	9,1	22	100,0	

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$  \*\*\*:  $p < 0,001$

Ki kare analizi uygulanarak yapılan değerlendirmelerin sonucunda günlük başvuran ortalama hasta sayısı ile hekimlerin hastalarını ilaçlarla ilgili bilgilendirme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 21. Günlük Ortalama Hasta Sayısı ile Hastaların İlaçlarla İlgili Bilgileri Anlayıp Anlamadığının Kontrol Edilmesi Arasındaki İlişki**

	Evet		Bazen		Hayır		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<30	46	66,7	20	29,0	3	4,3	69	100,0	0,039*
30-59	52	62,7	29	34,9	2	2,4	83	100,0	
60-89	18	64,3	7	25,0	3	10,7	28	100,0	
>90	8	36,4	10	45,5	4	18,2	22	100,0	

\*:  $p < 0,05$  \*\*:  $p < 0,01$  \*\*\*:  $p < 0,001$

Ki kare analizi uygulanarak yapılan değerlendirmelerin sonucunda günlük başvuran ortalama hasta sayısı ile hekimlerin hastalarına ilaçla ilgili bilgi verdikten sonra onların anlayıp anlamadığını kontrol etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Günlük ortalama hasta sayısı 30'dan

az olan hekimlerin %66,7'si ve 30-59 arası olan hekimlerin %62,7'si hastaların ilaçlarla ilgili bilgileri anlayıp anlamadığını kontrol ettiğini belirtmiştir. Günlük ortalama hasta sayısı >90 olan hekimlerin %36,4'ü hastaların ilaçlarla ilgili bilgileri anlayıp anlamadığını kontrol ettiğini, %45,5'i bazen kontrol ettiğini, %18,2'si ise kontrol etmediğini belirtmiştir (Tablo 21).

**Tablo 22. Günlük Ortalama Hasta Sayısı ile Hekimlerin Hastalarını Kontrole Çağırma Durumları Arasındaki İlişki**

	Evet		Bazen		Hayır		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<30	43	62,3	22	31,9	4	5,8	69	100,0	<0,001***
30-59	58	69,9	19	22,9	6	7,2	83	100,0	
60-89	19	67,9	6	21,4	3	10,7	28	100,0	
>90	8	36,4	3	13,6	11	50,0	22	100,0	

\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001

Ki kare analizi uygulanarak yapılan değerlendirmelerin sonucunda günlük ortalama hasta sayısı ile hekimlerin hastalarını ilacın etkinliğini değerlendirmek için kontrole çağırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0,001). Hasta sayısı 30'un altında olan hekimlerin %5,8'i, hasta sayısı 90'ın üzerinde olan hekimlerin ise %50,0'ı hastalarını kontrole çağırmadığını belirtmiştir (Tablo 22).

#### 4.6. Hekimlerin Çalışmanın Yapıldığı Kurumdaki Hizmet Süreleri ile Günlük Reçete Yazma Oranlarının Değerlendirilmesi

**Tablo 23 Hekimlerin Kurum Hizmet Süreleri ile Hastalara Günlük Ortalama Reçete Yazma Oranları Arasındaki İlişki**

	%0		%1-%20		%21-%40		%41-%80		%81-%100		toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
2,5 yıl ve altı	2	1,5	24	18,5	29	22,3	50	38,5	25	19,2	130	100,0	0,777
>2,5 yıl	0	0,0	15	20,8	19	26,4	25	34,7	13	18,1	72	100,0	

Ki kare analizi uygulanarak yapılan değerlendirmelerin sonucunda hekimlerin çalışmanın yapıldığı kurumda çalışma süreleri ile günlük başvuran hastalara yüzde olarak reçete yazma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 23).

#### 4.7. Bir Hastaya Ayrılan Ortalama Süre ile Hekimlerin AİK Konusundaki Bazı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

**Tablo 24. Bir Hastaya Ayrılan Ortalama Süre İle Hastaların Kontrole Çağırılmaları Arasındaki İlişki**

	evet		bazen		hayır		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
0-4 dk	12	41,4	10	34,5	7	24,1	29	100,0	0,027**
5-9 dk	46	66,7	12	17,4	11	15,9	69	100,0	
10-14 dk	41	65,1	19	30,2	3	4,8	63	100,0	
15 dk ve üzeri	29	70,7	9	22,0	3	7,3	41	100,0	

(\*: $p<0,05$  \*\*: $p<0,01$  \*\*\*: $p<0,001$ )

Çalışmaya katılan hekimlerin hastalarına ayırdıkları ortalama süreler ile hastalarını ilacın etkinliğini değerlendirmek için kontrole çağırma durumları arasında anlamlı istatistiksel ilişki bulunmuştur ( $p=0,027$ ). Hastalarına 0-4 dakika (dk) arası süre ayırabilen hekimlerin %41'i, hastalarına 15 dk ve üzerinde süre ayırabilen hekimlerin ise %70,7'si hastalarını kontrole çağırdığını belirtmiştir (Tablo 24).

**Tablo 25. Bir Hastaya Ayrılan Ortalama Süre ile Hekimlerin Kendi AİK ile İlgili Bilgi Düzeylerini Değerlendirmeleri Arasındaki İlişki**

	ÇokYeterli/ Yeterli		Orta		Yetersiz/ ÇokYetersiz		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
0-4 dk	8	27,6	16	55,2	5	17,2	29	100,0	0,514
5-9 dk	20	29,0	35	50,7	14	20,3	69	100,0	
10-14 dk	13	20,6	40	63,5	10	15,9	63	100,0	
15 dk ve üzeri	13	31,7	25	61,0	3	7,3	41	100,0	

Ki kare analizi uygulanarak yapılan değerlendirmelerin sonucunda hastalara ayrılan ortalama süre ile hekimlerin kendi AİK konusundaki bilgi düzeyleri hakkındaki düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 25).

#### 4.8. Hekimlerin AİK Konusundaki Bilgi Düzeyleri ile AİK Konusundaki Bazı Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

**Tablo 26. Hekimlerin AİK Konusundaki Bilgi Düzeyleri ile İlaçlarla İlgili Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki**

	ÇokYeterli/ Yeterli		Orta		Yetersiz/ ÇokYetersiz		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Endikasyonlar									0,032*
Çok iyi	12	48,0	10	40,0	3	12,0	25	100	
İyi	34	28,6	70	58,8	15	12,6	119	100	
Orta	8	14,0	35	61,4	14	24,6	57	100	
Kötü	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	100	
Çok kötü	0	0	1	100,0	0	0,0	1	100	
Pozoloji ve Uygulama Şekli									0,006**
Çok iyi	7	70,0	2	20,0	1	10,0	10	100	
İyi	35	32,4	61	56,5	12	11,1	108	100	
Orta	11	14,3	49	63,6	17	22,1	77	100	
Kötü	1	16,7	3	50,0	2	33,3	6	100	
Çok kötü	0	0,0	1	100,0	0	0,0	1	100	
Farmakolojik Özellikler									0,006**
Çok iyi	3	75,0	1	25,0	0	0,0	4	100	
İyi	26	41,3	26	41,3	11	17,5	63	100	
Orta	22	20,2	73	67,0	14	12,8	109	100	
Kötü	3	13,0	14	60,9	6	26,1	23	100	
Çok kötü	0	0,0	2	66,7	1	33,3	3	100	
Kontrendikasyonlar									0,003**
Çok iyi	10	58,8	5	29,4	2	11,8	17	100	
İyi	25	32,9	42	55,3	9	11,8	76	100	
Orta	19	19,4	58	59,2	21	21,4	98	100	
Kötü	0	0,0	9	100,0	0	0,0	9	100	
Çok kötü	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	100	
Yan Etkiler									0,009**
Çok iyi	2	50,0	2	50,0	0	0,0	4	100	
İyi	28	41,8	32	47,8	7	10,4	67	100	
Orta	22	21,0	66	62,9	17	16,2	105	100	
Kötü	2	8,3	14	58,3	8	33,3	24	100	
Çok kötü	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	100	
İlaçların Etkileşimleri (ilaç/besin)									
Çok iyi	1	33,3	2	66,7	0	0,0	3	100	

İyi	17	51,5	13	39,4	3	9,1	33	100	0,010*
Orta	26	28,6	52	57,1	13	14,3	91	100	
Kötü	10	15,2	43	65,2	13	19,7	66	100	
Çok kötü	0	0,0	6	66,7	3	33,3	9	100	
Uyarılar/Önlemler									<0,001***
Çok iyi	4	66,7	2	33,3	0	0,0	6	100	
İyi	29	47,5	26	42,6	6	9,8	61	100	
Orta	20	18,9	66	62,3	20	18,9	106	100	
Kötü	1	4,2	17	70,8	6	25,0	24	100	
Çok kötü	0	0,0	5	100,0	0	18,8	5	100	
Özel Durumlar(gebelik/pediatri vb)									0,019*
Çok iyi	7	58,3	4	33,3	1	8,3	12	100	
İyi	30	34,9	43	50,0	13	15,1	86	100	
Orta	16	19,5	51	62,2	15	18,3	82	100	
Kötü	1	5,3	15	78,9	3	15,8	19	100	
Çok kötü	0	0,0	3	100,0	0	0,0	3	100	
Biyoeşdeğerlik									0,006**
Çok iyi	5	71,4	2	28,6	0	0,0	7	100	
İyi	21	38,9	26	48,1	7	13,0	54	100	
Orta	22	22,4	62	63,3	14	14,3	98	100	
Kötü	6	16,2	23	62,2	8	21,6	37	100	
Çok kötü	0	0,0	3	50,0	3	50,0	6	100	

(\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001)

Çalışmaya katılan hekimlerin AİK konusundaki bilgi düzeyleri ile ilaçların endikasyon (p=0,032), pozoloji ve uygulama şekli (p=0,006), farmakolojik özellik (p=0,006), kontrendikasyon (p=0,003), yan etki (p=0,009), ilaç etkileşimleri (ilaç/besin) (p=0,010), uyarılar/önlemler (<0,001), özel durumlar (gebelik/pediatri vb) (p= 0,019) ve biyoeşdeğerlik (p= 0,006) bilgileri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur (Tablo 26)

**Tablo 27. Mezuniyet Yılı ile AİK Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki**

	Çok Yeterli/Yeterli		Orta		Çok Yetersiz/Yetersiz		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
2013 ve öncesi	33	35,5	49	52,7	11	11,8	93	100,0	0,025*
2014 ve sonrası	21	19,3	67	61,5	21	19,2	109	100,0	

(\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001)

Çalışmaya katılan hekimlerin mezuniyet yılları ile kendi AİK konusundaki bilgi düzeyleri hakkındaki düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,025). 2013 ve öncesinde mezun olan hekimlerin %35,5'i kendi

AİK konusundaki bilgi düzeylerini yeterli/çok yeterli bulmaktayken, 2014 ve sonrasında mezun olan hekimlerin %19,3'ü kendilerini yeterli/çok yeterli bulmaktadır (Tablo 27).

**Tablo 28. Mezuniyet Yılı ile AİK Konusunda Eğitim Alma Durumları Arasındaki İlişki**

	evet		hayır		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
2013 ve öncesi	57	61,3	36	38,7	93	100,0	0,710
2014 ve sonrası	64	58,7	45	41,3	109	100,0	

Çalışmaya katılan hekimlerin mezuniyet yılları ile AİK konusunda eğitim alıp almama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 28).

**Tablo 29. AİK Bilgi Düzeyleri ile Hastaları İlaçlar Hakkında Yeterli Bilgilendirme Durumları Arasındaki İlişki**

	Evet		Kısmen		Hayır		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Çok Yeterli/Yeterli	30	55,6	22	40,7	2	3,7	54	100,0	<0,001***
Orta	27	23,3	82	70,7	7	6,0	116	100,0	
Çok Yetersiz/Yetersiz	7	21,9	19	59,4	6	18,8	32	100,0	

(\*:  $p<0,05$  \*\*:  $p<0,01$  \*\*\*:  $p<0,001$ )

Çalışmaya katılan hekimlerin kendi AİK konusundaki bilgi düzeyleri hakkındaki düşünceleri ile hastalarına ilaçlarla ilgili verdikleri bilgilerin yeterli olup olmadığı konusundaki düşünceleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p<0,001$ ). AİK konusundaki kendi bilgi düzeyini çok yeterli/yeterli olarak değerlendiren hekimlerin %55,6'sı hastalarını ilaçlar hakkında yeterli düzeyde bilgilendirdiğini belirtmiştir. AİK konusundaki kendi bilgi düzeyini yetersiz/çok yetersiz olarak değerlendiren hekimlerin %21,9'u hastalarını ilaçlar hakkında yeterli düzeyde bilgilendirdiğini belirtmiştir (Tablo 29).

**Tablo 30. AİK Bilgi Düzeyleri ile Hastaları İlaçların Bazı Özellikleri Hakkında Bilgilendirme Sıklıkları Arasındaki İlişki**

	ÇokYeterli/ Yeterli		Orta		Yetersiz/ ÇokYetersiz		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
İlacın adı									
Her zaman	22	35,5	31	50,0	9	14,5	62	100,0	0,195
Sıklıkla	22	26,2	52	61,9	10	11,9	84	100,0	
Bazen	8	22,2	20	55,6	8	22,2	36	100,0	
Nadiren	2	16,7	6	50,0	4	33,3	12	100,0	
Hiçbir zaman	0	0,0	7	87,5	1	12,5	8	100,0	
Uygulama şekli									
Her zaman	30	30,0	60	60,0	10	10,0	100	100,0	0,233
Sıklıkla	21	28,0	40	53,3	14	18,7	75	100,0	
Bazen	3	16,7	10	55,6	5	27,8	18	100,0	
Nadiren	0	0,0	5	71,4	2	28,6	7	100,0	
Hiçbir zaman	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Günlük dozu									
Her zaman	34	30,9	62	56,4	14	12,7	110	100,0	0,221
Sıklıkla	18	26,1	37	53,6	14	20,3	69	100,0	
Bazen	2	11,8	13	76,5	2	11,8	17	100,0	
Nadiren	0	0,0	2	50,0	2	50,0	4	100,0	
Hiçbir zaman	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	100,0	
Tedavi süresi									
Her zaman	30	32,6	52	56,5	10	10,9	92	100,0	0,331
Sıklıkla	22	25,6	47	54,7	17	19,8	86	100,0	
Bazen	2	10,5	13	68,4	4	21,1	19	100,0	
Nadiren	0	0,0	2	66,7	1	33,3	3	100,0	
Hiçbir zaman	0	0,0	2	100,0	0	0,0	2	100,0	
İlacın etki mekanizması									
Her zaman	3	50,0	3	50,0	0	0,0	6	100,0	0,229
Sıklıkla	10	41,7	11	45,8	3	12,5	24	100,0	
Bazen	16	26,2	38	62,3	7	11,5	61	100,0	
Nadiren	22	26,2	47	56,0	15	17,9	84	100,0	
Hiçbir zaman	3	11,1	17	63,0	7	25,9	27	100,0	
İlacın olası yan etkileri									
Her zaman	10	66,7	4	26,7	1	6,7	15	100,0	<0,001***
Sıklıkla	23	33,3	41	59,4	5	7,2	69	100,0	
Bazen	16	20,0	51	63,7	13	16,3	80	100,0	
Nadiren	5	16,1	15	48,4	11	35,5	31	100,0	
Hiçbir zaman	0	0,0	5	71,4	2	28,6	7	100,0	
İlacın fiyatı									
Her zaman	2	40,0	3	60,0	0	0,0	5	100,0	0,076
Sıklıkla	4	33,3	8	66,7	0	0,0	12	100,0	
Bazen	8	29,6	16	59,3	3	11,1	27	100,0	
Nadiren	29	34,9	43	51,8	11	13,3	83	100,0	
Hiçbir zaman	11	14,7	46	61,3	18	24,0	75	100,0	
Diğer ilaçlarla/besinlerle etkileşimi									
Her zaman	5	45,5	6	54,5	0	0,0	11	100,0	0,012*
Sıklıkla	15	45,5	17	51,5	1	3,0	33	100,0	
Bazen	18	26,5	41	60,3	9	13,2	68	100,0	
Nadiren	11	15,9	42	60,9	16	23,2	69	100,0	
Hiçbir zaman	5	23,8	10	47,6	6	28,6	21	100,0	



Uzak durması gereken aktiviteler										
Her zaman	7	46,7	4	26,7	4	26,7	15	100,0	0,019*	
Sıklıkla	19	32,2	34	57,6	6	10,2	59	100,0		
Bazen	17	25,8	41	62,1	8	12,1	66	100,0		
Nadiren	9	20,0	29	64,4	7	15,6	45	100,0		
Hiçbir zaman	2	11,8	8	47,1	7	41,2	17	100,0		
İlacı ne zaman bırakması gerektiği										
Her zaman	16	33,3	26	54,2	6	12,5	48	100,0	0,185	
Sıklıkla	30	28,6	59	56,2	16	15,2	105	100,0		
Bazen	3	10,0	18	60,0	9	30,0	30	100,0		
Nadiren	4	33,3	8	66,7	0	0,0	12	100,0		
Hiçbir zaman	1	14,3	5	71,4	1	14,3	7	100,0		
İlacın ne zaman etki göstereceği										
Her zaman	16	48,5	16	48,5	1	3,0	33	100,0	0,028*	
Sıklıkla	26	24,8	64	61,0	15	14,3	105	100,0		
Bazen	8	17,4	27	58,7	11	23,9	46	100,0		
Nadiren	2	18,2	5	45,5	4	36,4	11	100,0		
Hiçbir zaman	2	28,6	4	57,1	1	14,3	7	100,0		

(\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001)

Çalışmaya katılan hekimlerin kendi AİK konusundaki bilgi düzeyleri ile ilgili düşünceleri ile hastalarını ilaçlarla ilgili bilgilendirme sıklıkları arasındaki ilişki ki kare analizi uygulanarak değerlendirilmiştir. Yapılan analize göre hekimlerin kendi AİK konusundaki bilgi düzeyleri ile ilgili düşünceleri ile hastalarını ilaçların olası yan etkileri (p<0,001), ilaçların diğer ilaçlarla/besinlerle etkileşimleri (p=0,012), uzak durulması gereken aktiviteler (p=0,019) ve ilaçların ne zaman etki edeceği (p=0,028) konularındaki bilgilendirme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Hekimlerin kendi AİK konusundaki bilgi düzeyleriyle ilgili düşünceleri ile hastalarını ilacın adı, uygulama şekli, günlük dozu, tedavi süresi, ilacın etki mekanizması, ilacın fiyatı ve ilacı ne zaman bırakması gerektiği konularındaki bilgilendirme sıklıklarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. İstatistik veriler tablo 30 da ayrıntılı olarak sunulmuştur.

**Tablo 31. AİK Bilgi Düzeyleri ile Hastaların Bazı Anamnez Bilgilerinden Yararlanma Sıklıkları Arasındaki İlişki**

	ÇokYeterli/ Yeterli		Orta		Yetersiz/ ÇokYetersiz		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kullandığı başka ilaçlar?									
Her zaman	36	30,8	64	54,7	17	14,5	117	100,0	0,461
Sıklıkla	14	19,7	44	62,0	13	18,3	71	100,0	
Bazen	3	23,1	8	61,5	2	15,4	13	100,0	
Nadiren	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	
Hiçbir zaman	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
İlaç alerjisi?									
Her zaman	29	27,1	61	57,0	17	15,9	107	100,0	0,757
Sıklıkla	15	25,9	36	62,1	7	12,1	58	100,0	
Bazen	9	32,1	13	46,4	6	21,4	28	100,0	
Nadiren	1	11,1	6	66,7	2	22,2	9	100,0	
Hiçbir zaman	0	0,0	0	0,0	0	0	0	0,0	
Karaciğer Hastalığı?									
Her zaman	26	36,1	38	52,8	8	11,1	72	100,0	0,003**
Sıklıkla	18	22,2	53	65,4	10	12,3	81	100,0	
Bazen	10	23,3	23	53,5	10	23,3	43	100,0	
Nadiren	0	0,0	2	33,3	4	66,7	6	100,0	
Hiçbir zaman	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Böbrek Hastalığı?									
Her zaman	27	32,9	44	53,7	11	13,4	82	100,0	0,029*
Sıklıkla	18	20,9	54	62,8	14	16,3	86	100,0	
Bazen	9	30,0	17	56,7	4	13,3	30	100,0	
Nadiren	0	0	1	25,0	3	75,0	4	100,0	
Hiçbir zaman	0	0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Kronik hastalık?									
Her zaman	34	29,8	65	57,0	15	13,2	114	100,0	0,460
Sıklıkla	17	24,6	41	59,4	11	15,9	69	100,0	
Bazen	3	17,6	9	52,9	5	29,4	17	100,0	
Nadiren	0	0,0	1	50,0	1	50,0	2	100,0	
Hiçbir zaman	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Gebelik durumu?									
Her zaman	33	29,2	64	56,6	16	14,2	113	100,0	0,345
Sıklıkla	17	26,2	38	58,5	10	15,4	65	100,0	
Bazen	3	16,7	12	66,7	3	16,7	18	100,0	
Nadiren	1	20,0	2	40,0	2	40,0	5	100,0	
Hiçbir zaman	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	0,0	
Yaş?									
Her zaman	33	34,7	48	50,5	14	14,7	95	100,0	0,376
Sıklıkla	15	19,7	50	65,8	11	14,5	76	100,0	
Bazen	4	16,7	14	58,3	6	25,0	24	100,0	
Nadiren	1	20,0	3	60,0	1	20,0	5	100,0	
Hiçbir zaman	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	0,0	
Cinsiyet									
Her zaman	15	34,9	25	58,1	3	7,0	43	100,0	0,014*
Sıklıkla	20	35,1	33	57,9	4	7,0	57	100,0	
Bazen	12	21,1	29	50,9	16	28,1	57	100,0	
Nadiren	6	18,2	22	66,7	5	15,2	33	100,0	

Hiçbir zaman	1	8,3	7	58,3	4	33,3	12	0,0	
Bitkisel ürün kullanımı									
Her zaman	4	30,8	8	61,5	1	7,7	13	100,0	0,040*
Sıklıkla	14	43,8	14	43,8	4	12,5	32	100,0	
Bazen	17	25,0	43	63,2	8	11,8	68	100,0	
Nadiren	11	18,6	39	66,1	9	15,3	59	100,0	
Hiçbir zaman	8	26,7	12	40,0	10	33,3	30	0,0	

(\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001)

Çalışmaya katılan hekimlerin kendi AİK konusundaki bilgi düzeyleriyle ilgili düşünceleri ile hastalarının anamnez bilgilerinden yararlanma sıklıkları arasındaki ilişki ki kare analizi uygulanarak değerlendirildi. Yapılan analize göre hekimlerin kendi AİK konusundaki bilgi düzeyleri ile ilgili düşünceleri ile hastaların anamnezlerindeki karaciğer hastalığı (p=0,003), böbrek hastalığı (p=0,029), cinsiyet (p=0,014) ve bitkisel ürün kullanımları (p=0,040) ile ilgili anamnez bilgilerine dikkat etme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Hekimlerin kendi AİK konusundaki bilgi düzeyleriyle ilgili düşünceleri ile hasta anamnezlerindeki kullandığı başka ilaçlar, ilaç alerjisi, kronik hastalık, gebelik durumu ve yaş durumlarına dikkat etme sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. İstatistiki veriler tablo 31’de ayrıntılı olarak sunulmuştur.

**Tablo 32. AİK Bilgi Düzeyleri ile AİK Konusunda Eğitim Alma İstekleri Arasındaki İlişki**

	Evet		Hayır		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Çok Yeterli/Yeterli	31	57,4	23	42,6	54	100,0	0,041*
Orta	88	75,9	28	24,1	116	100,0	
Çok Yetersiz/Yetersiz	24	75,0	8	25,0	32	100,0	

(\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001)

Çalışmaya katılan hekimlerin AİK konusundaki kendi bilgi düzeyleri hakkındaki düşünceleriyle AİK konusunda eğitim alma istekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,041). Kendi AİK konusundaki bilgi düzeylerini yetersiz/çok yetersiz olarak değerlendiren hekimlerin %75,0’ı, orta olarak değerlendirenlerin %75,9’u, çok yeterli/yeterli olarak değerlendirenlerin ise %57,4’ü AİK konusunda eğitim almak istediğini belirtmiştir (Tablo 32).

**Tablo 33. AİK Bilgi Düzeyleri ile AİK Konusunda Eğitim Alıp Almama Durumları Arasındaki İlişki**

	Evet		Hayır		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	
Çok Yeterli/Yeterli	36	66,7	18	33,3	54	100,0	0,101
Orta	71	61,2	45	38,8	116	100,0	
Çok Yetersiz/Yetersiz	14	43,8	18	56,3	32	100,0	

(\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001)

Çalışmaya katılan hekimlerin AİK konusundaki kendi bilgi düzeyleri hakkındaki düşünceleriyle, AİK konusunda eğitim alıp almamaları arasında istatistiksel anlamda bir ilişki bulunmamıştır (p=0,101).

**Tablo 34. AİK Bilgi Düzeyleri İle Hastalara İlaçla İlgili Bilgi Verdikten Sonra Onların Anlayıp Anlamadığını Kontrol Etme Durumları Arasındaki İlişki**

	Evet		Bazen		Hayır		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Çok Yeterli/Yeterli	39	72,2	14	25,9	1	1,9	54	100,0	0,018*
Orta	72	62,1	38	32,8	6	5,2	116	100,0	
Çok Yetersiz/Yetersiz	13	40,6	14	43,8	5	15,6	32	100,0	

(\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001)

Çalışmaya katılan hekimlerin kendi AİK konusundaki bilgi düzeyleriyle ilgili düşünceleri ile hastalarına ilaçla ilgili bilgi verdikten sonra onların anlayıp anlamadığını kontrol etme durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p=0,018). Yapılan istatistiksel analize göre AİK konusundaki bilgi düzeylerini çok yeterli/yeterli olarak değerlendiren hekimlerin %72,2'si, yetersiz/çok yetersiz olarak değerlendirenlerin ise %40,6'sı hastaların ilaçla ilgili bilgileri anlayıp anlamadığını kontrol etmektedir (Tablo 34).

**Tablo 35. AİK Bilgi Düzeyleri ile Hastalara Günlük Reçete Yazma Sıklıkları Arasındaki İlişki**

	%0		%1-%20		%21-%40		%41-%80		%81-%100		Toplam		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	p	
Çok Yeterli/Yeterli	1	1,9	8	14,8	1	29,6	14	25,9	15	27,8	54	100,0	0,233
Orta	1	0,9	22	19,0	24	20,7	49	42,2	20	17,2	116	100,0	
ÇokYetersiz/Yetersiz	0	0,0	9	28,1	8	25,0	12	37,5	3	9,4	32	100,0	

(\*:p<0,05 \*\*:p<0,01 \*\*\*:p<0,001)

Çalışmaya katılan hekimlerin kendi AİK konusundaki bilgi düzeyleri ile günlük başvuran hastaların yüzde kaçına reçete yazdıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 35).

## 5. TARTIŞMA

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği 26/04/2014 tarihli ve 28983 sayılı Resmî Gazete'deki tanıma göre araştırma görevlileri tıp fakültesi mezuniyetinin ardından Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Merkezi (ÖSYM) tarafından yapılandırılan Tıpta Uzmanlık Sınavı'nda (TUS) başarılı olup, ilgili kurumda uzmanlık ana veya yan dallarından birinde uzman olarak yetiştirilmek amacıyla, "Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği" ve ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde eğitim ve öğrenim gören, araştırma ve uygulama yapan tabiplerdir. Bu çalışmadaki araştırma görevlisi hekimlerin %67,3'ü (n=136) 25-29 yaş aralığındayken, %21,8'i (n=66) 30-34 yaş aralığındadır. Pilgir'in 2017 yılında Samsun'da araştırma görevlileri üzerinde yaptığı benzer bir çalışmada hekimlerin %64,2'si 26-30 yaş aralığında, %29,3'ü ise 31-35 yaş aralığında bulunmuştur (51). Akkurt'un 2016 yılında Ankara'da araştırma görevlileri üzerinde yaptığı benzer bir çalışmada ise hekimlerin %51,7'si 26-30 yaş aralığındayken, %23,3'ü ise 31-35 yaş aralığında bulunmuştur (52). Yapılan çalışmalardaki hekimlerin yaş aralıklarıyla bizim çalışmamızdaki hekimlerin yaş aralıkları benzer bulunmuştur. Bunun nedeni, araştırma görevlisi hekimlerin büyük bir çoğunluğunun tıp fakültesi mezuniyetinden kısa bir süre sonra TUS'ta başarılı olup araştırma görevlisi olarak çalışmaya başlamalarıdır.

Çalışmaya katılan hekimlerden mesleki tecrübeleri 1 yılın altında olanlar %6,4 (n=13), 1-3 yıl arasında olanlar %43,1 (n=87), 4-10 yıl arasında olanlar %40,6 (n=82), 11-15 yıl arasında olanlar %5,0 (n=10), 16-20 yıl arasında olanlar %3,0 (n=6), 20 yılın üzerinde olanlar ise %2,0 (n=4) idi. Saygılı ve Özer'in 2013 yılında Kırıkkale'de yaptığı benzer bir çalışmada ise hekimlerden mesleki tecrübeleri 1-3 yıl arasında olanlar %5,7, 4-10 yıl arasında olanlar %36,8, 11-15 yıl arasında olanlar %28,7, 16-20 yıl arasında olanlar %13,8, 20 yıl ve üstü olanlar ise %14,9 olarak bulunmuştur (53). Bizim çalışmamızla olan bu farklılığın sebebi Saygılı ve Özer'in yaptığı çalışmada hekimlerin büyük çoğunluğunun (%87,4) uzman hekimlerden oluşuyor olması olabilir. Bizim çalışmamız asistan hekimler üzerinde gerçekleştirilmiştir ve asistan hekimlerin mezuniyet sonrası çalışma süreleri en az 3 en fazla 5 yıldır. Çalışmaların evrenleri farklı olduğundan mesleki tecrübe süreleri de farklı olarak bulunmuş olabilir.

Çalışmaya katılan hekimlerin %34,2'sinin (n=69) günlük ortalama hasta sayısı 30 ve altı, %41,1'inin (n=83) 30-59 arası, %13,9'unun (n=28) 60-89 arası, %10,9'unun (n=22) ise 90 ve üstüdür. Serhat Vançelik ve arkadaşlarının Erzurum'da pratisyen hekimler üzerinde yaptıkları bir çalışmada hekimlerin %15,1'inin ortalama hasta sayısı 30 ve altı, %37,5'inin 30-59 arası, %26,3'ünün 60-89 arası ve %21,1'inin 90 ve üzeri olduğu belirtilmiştir (54). Bu çalışmadaki günlük ortalama 60 ve üzeri sayıda hasta muayene ettiğini belirten hekimlerin sıklığı bizim çalışmamıza göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın nedeni; Vançelik ve arkadaşlarının çalışmasının pratisyen hekimler üzerinde yapılmış olması, bizim çalışmamızın ise farklı branşlardan asistan hekimler üzerinde yapılmış olması olabilir. 2005 yılında Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından Ankara ilindeki tüm sağlık ocakları hekimleri ile yapılan bir çalışmada, hekimlerin bir günde muayene ettikleri hasta sayısı ortalama 40,4 olarak bulunmuştur (55).

DSÖ, bir hastaya ayrılan ortalama muayene süresini 20 dakika olarak önermektedir. DSÖ tarafından gelişmekte olan ülkelerde yapılan araştırmalarda birinci basamakta çalışan hekimlerin ortalama muayene sürelerinin 3 ila 6,3 dakika arasında değiştiği görülmüştür (56-60). Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda ise hekimlerin hastalarına muayene için ayırdıkları sürenin gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda, Amerika Birleşik Devletleri'nde aile hekimlerinin hasta muayenesi için ortalama 12 dakika, İngiltere'de ise genel pratisyenlerin hasta muayenesi için ortalama 8 dakika ayırabildiği görülmüştür (61). Literatürdeki birçok çalışmada bu ideal sürenin hekim ve hasta iletişimi açısından çok önemli bir faktör olduğu, hastaya yeterli bilgi verilebilmesi için bu sürenin gerekli olduğu belirtilmektedir (62,63). Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerin %14,4'ü (n=29) hastalarına 0-4 dk arası süre ayırabilirken, %34,2'si (n=69) 5-9 dk arası, %31,2'si (n=63) 10-14 dk arası, %20,3'ü (n=41) 15 dk ve üzeri süre ayırabildiğini belirtmiştir. Bu çalışmada hekimlerin yalnızca %20,3'nün bir hastaya ortalama 15 dk ve üzerinde süre ayırabildiği görülmüştür. Hekimlerin yarısından fazlası ise hastalarına 10 dk'dan daha az bir süre ayırabildiklerini belirtmiştir. Pilgir'in 2017 yılında Samsun'da yaptığı benzer bir çalışmada hekimlerin yalnızca %6,9'unun bir hastaya ortalama 20 dakika ve üzerinde süre ayırabildiği belirtilmiştir (51). Doğukan'ın 2008 yılında yaptığı bir çalışmada

hekimlerin %71,2'sinin hastalarına 10 dakika ve altında süre ayırabildiği tespit edilmiştir (64). Vançelik ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hastalarına 15 dk ve üzerinde süre ayırabilen hekimlerin sıklığı %15,8 olarak bulunmuştur. Yine aynı çalışmada hekimlerin %53,3'ünün hastalarına 10 dk'dan daha az bir süre ayırabildikleri tespit edilmiştir (54). Bizim çalışmamıza ve literatürdeki çalışmalara bakıldığında hekimlerin büyük bir çoğunluğunun öykü alınması, genel muayene, tanı konulması ve akılcı ilaç kullanımının temel ilkelerinin uygulanabilmesi için hastalarına yeterli süreyi ayıramadığı görülmüştür. AİK'in bütün basamaklarının doğru ve etkili bir şekilde uygulanabilmesi için her hastaya yeterli sürenin ayrılması gerekmektedir. Hastalara yeterli sürenin ayrılamamasının nedeni hekim sayısının yetersiz oluşu ve hasta yoğunluğu olabilir. Bu nedenle sağlık politikalarının bu konuda geliştirilmesi ve uygun çözümler bulunması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırma görevlisi hekimlerin %23,8'i günlük başvuran hastaların %21-%40'ına reçete yazdığını belirtirken, %37,1'i hastaların %41-%80'ine reçete yazdığını belirtmiştir. Yazılan reçetelerdeki ortalama ilaç sayısı sorgulandığında hekimlerin %51,5'i yazdıkları reçetelerdeki ortalama ilaç sayısını 3 kalem olarak belirtirken, %9,4'ü 4 kalem olarak belirtmiştir. Akkurt'un yaptığı benzer bir çalışmada hekimlerin %26,7'si günlük başvuran hastaların %21-40'ına reçete yazdığını belirtirken, %40'ı hastaların %41-80'ine reçete yazdığını belirtmiştir. Yine aynı çalışmada hekimlerin %49,2'si reçetelerinde ortalama 3 kalem ilaç yazdığını belirtirken, %11,7'si ise ortalama 4 kalem ilaç yazdığını belirtmiştir (52). Her iki çalışmada da hekimlerin reçete yazma sıklıkları ve reçetelerindeki ortalama ilaç sayıları benzer bulunmuştur. Ankara'daki bütün sağlık ocağı doktorları üzerinde yapılan bir araştırmada bir reçetede yer alan ilaç sayısı ortalaması 3,23 olarak bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı tarafından, ülkemizde yazılan reçetelere dair sağlık çalışanları, eczaneler, ve vakalar üzerinden reçeteler değerlendirilerek birçok çalışma yapılmıştır. Bu kapsamda, Bolu ilinde otokarbonlu defterler üzerinden yapılan bir araştırmada yazılan 4536 reçetede ortalama 2,46 kalem ilacın bulunduğu tespit edilmiştir (10). Adıyaman'da yapılan bir çalışmada ise 6095 reçetede ortalama 2,34 kalem ilaç yer aldığı bildirilmiştir (65). Bayburt'ta yapılan bir çalışmada ise reçete başına 2,68 ve 2,66 kalem ilaç yazıldığı görülmüştür (65). Bizim araştırmamız ve Ankara ilinde bütün sağlık ocağı doktorları üzerinde yapılan araştırma hekim



beyanları üzerine yapılan araştırmalardır. Diğer araştırmalar ise gerçekleşmiş reçeteler üzerinde yapılan araştırmalardır. Dolayısıyla Ankara ilinde reçeteler üzerinde gerçekleşmiş rakamlar üzerinden yapılacak bir araştırmada bulunacak ortalama ilaç sayısının, hekimlerin beyan ettikleri rakamların altında çıkması beklenir. Bir reçetede bulunan kalem ilaç sayısı akılcı ilaç kullanımı açısından önemlidir. Gereğinden fazla miktarda ilaç reçete edilmesi, hastanın gereksiz tedavi almasına ve ilaç yan etkileri ve ilaçların etkinlikleri açısından istenmeyen sonuçlara neden olabilir. Hastanın elinde gereğinden fazla miktarda ilaç bulunması doz aşımı, ilaç bağımlılığı ve suiistimali, tedaviye uyumun azalması, tedavideki en önemli ilacın atlanması gibi sonuçlara neden olabilir. Bir diğer önemli nokta ise ekonomik açıdan da kaynakların boşa harcanması ve israftır. Yetersiz ilaç reçete etmenin de etkin olmayan tedavi ya da sonrasında daha agresif bir tedavi gereksinimi gibi oldukça önemli sonuçları olabilir. Bu nedenlerle akılcı reçete yazma basamaklarına dikkat edilmeli ve hastaya en uygun tedavi başlanmalıdır.

Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerin %59,9'u daha önce AİK konusunda eğıtim aldığını, % 40,1'i ise daha önce AİK konusunda eğıtim almadığını belirtmiştir. Hekimlerin %70,8'i AİK konusunda eğıtim almak istediğini belirtirken, %29,2'si AİK konusunda eğıtim almak istemediğini belirtmiştir. AİK konusunda daha önceden eğıtim alan hekimlerin %65,3'ü ise tekrar eğıtim almak istediğini belirtmiştir. Pilgir'in yaptığı bir çalışmada araştırma görevlilerinin %50,5'inin AİK eğıtimi almadığını belirttiği görülmüştür (51). Saygılı ve Özer'in yaptığı benzer bir çalışmada ise hekimlerin %58,6'sının AİK konusunda eğıtim almadığı belirtilmiştir (53). Bizim çalışmamızla diğer çalışmalar arasındaki farklılıkların sebebi son yıllarda AİK konusunda verilen eğıtimlerin yaygınlaştırılması olabilir. Bu sonuçlara göre son yıllarda tıp fakültelerinde AİK konusunda verilen eğıtimlerin yaygınlaştırılmasına rağmen halen yeterli seviyede olmadığı düşünölmektedir. Daha önceden AİK konusunda eğıtim alan hekimlerin %65,3'ünün tekrar eğıtim almak istediğini belirtmesi ise AİK konusunda verilen eğıtimlerin yetersiz olduğunu, geliştirilmesi ve belirli aralıklarla tekrarlanması gerektiğini düşöndörmektedir.

Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerin %83,2'si, sağlık mesleği mensubu olarak tıbbi bir üründün kullanımına bağlı olabileceği düşönülen beklenmeyen advers etki bildiriminde bulunmadığını ifade etmiştir. Ülkemizde

advers etki bildirimini konusunda yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Saygılı ve Özer'in (2015) Kırıkkale'de yaptıkları çalışmada, hekimlerin %64,4'ü advers etki bildirimini yapmadığını belirtmiştir (53). Ülkemizde ilaç kullanımını sırasında meydana gelen advers etki bildirimini TÜFAM'a (Türkiye Farmakovijilans Merkezi) yapılabilmektedir. 22.03.2005 tarihinde yürürlüğe giren "Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik" sonucu 30.06.2005 tarihinde "Beşeri Tıbbi Ürün Ruhsatı Sahipleri için Farmakovijilans Kılavuzu" yayımlanmıştır. Bu gelişmelerle kamu ve özel hastanelerde farmakovijilans işlemlerini yürütmek üzere eczacı ya da hekim görevlendirilerek, advers etki bildirimlerine yönelik takiplerin yapılması sağlanmıştır (66). AİK'te advers etki bildirimini, ilaçların yan etkilerinin takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması açısından son derece önemlidir. Advers etki bildirimlerinin arttırılabilmesi için, bildirim eksikliğinin nedenlerinin tespit edilmesi ve bu nedenlere yönelik farkındalık eğitimlerinin yapılması gerektiği düşünülmektedir. Bildirim sistemini güçlendirmek için hekimlere ilaç advers etki bildirimindeki süreçler, kullanılan form ve bu formun kime teslim edileceği gibi konularda bilgi verilmeli ve hastanede bir advers etki bildirim sistemi oluşturulmalıdır (3). Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde hekimlerin, diğer sağlık çalışanlarının hatta hastaların bu konudaki farkındalıklarının arttırılması gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin reçeteleme yaparken en sık kullandıkları kaynaklar sırasıyla; %67,3 sıklıkla internet, %56,9 sıklıkla tanı ve tedavi rehberleri, %46,5 sıklıkla meslektaş ve %28,7 sıklıkla vademecum olarak tespit edilmiştir. 2016 yılında yapılan benzer bir çalışmada hekimlerin ilaç yazarken en sık kullandığı kaynaklar sırasıyla; %76,7 sıklıkla internet, %67,8 sıklıkla vademecum ve %51,4 sıklıkla meslektaş olarak bulunmuştur (52). 2017 yılında yapılan benzer bir çalışmada ise internetin en sık başvurulan kaynak olduğu farmakoloji kitaplarının ise en az başvurulan kaynak olduğu belirtilmiştir (51). 2013 yılında Ergin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada hekimlerin ilaçlarla ilgili bilgi almak için sırasıyla en sık; Vademecum (% 76.7), internet (% 74.8) ve Türkiye ilaç kılavuzu'nu (% 20.4) kullandıkları tespit edilmiştir (67). 2013 yılında Kırıkkale'de yapılan bir araştırma sonucunda en sık başvurulan bilgi kaynakları %82,1 ile Vademecum, %53,8 ile internet, %51,3 ile tanı ve tedavi rehberleri olmuştur (53). 2011 yılında

Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı bir çalışmada hekimlerin ilaç yazarken en sık yararlandıkları kaynaklar hem aile hekimlerinde (%78,9) hem de uzman hekimlerde (%74,3) "ilaç firmalarının araştırma ve tanıtım çalışmaları" olarak bulunmuştur (68). Doğukan'ın 2008 yılında yaptığı bir çalışmada hekimlerin ilaç yazarken en sık Vademecum (%86,7) ve tanı ve tedavi rehberlerini (%65,3) kullandığı belirlenmiştir (64). Majahan ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptıkları bir çalışmada hekimlerin %83'ünün tıbbi mümessillerden ve %69'unun dergilerdeki derleme makaleler ve internette yararlandıkları belirlenmiştir (69). Prosser ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptığı bir çalışmada pratisyen hekimlerin reçeteleme yaparken en sık yararlandıkları bilgi kaynağının %49 sıklıkla ilaç firmaları olduğu belirlenmiştir (70). Vançelik ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptığı bir çalışmada hekimlerin en sık ilaç rehberlerine (%73,7), tıbbi kitaplara (%48,7) ve ilaç firması tanıtım dökümanlarına (%33,6) başvurdukları tespit edilmiştir (54). Mollahalioğlu'nun (2000) çalışmasında %99,2 ile ilaç rehberi en sık başvuru kaynağı olurken, ilaç firması dökümanlarının ikinci en sık başvuru kaynağı olduğu görülmüştür (10). Akıcı'nın (1999) İstanbul ilinde yaptığı bir çalışmada ilaç rehberi en sık başvuru kaynağı (%93,9) olurken, ikinci sıklıkta başvuru kaynağı farmakoloji kitapları (%31,8) olduğu bulunmuştur (7). İlaç firmaları tarafından ticari kaygı taşıyan ilaç firması tanıtım çalışmaları, hekimleri AİK açısından olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Tanı ve tedavi rehberleri, kanıta dayalı tıp uygulamaları çerçevesinde dünyanın pek çok ülkesinde hekimler tarafından başvuru kaynaklarıdır. Sağlık hizmetlerinde gereksiz harcamaların azaltılması ve AİK'e temel oluşturulması açısından, tanı ve tedavi rehberlerinin önemi büyüktür. Bu nedenle ülkemizde 2003 yılında ilk Ulusal Tanı ve Tedavi Rehberi yayımlanmış ve zaman içerisinde gerekli güncellemeler yapılmıştır (3). Ülke çapında hekimlerin kapsamlı olarak kullanabilecekleri ve rahatlıkla erişebilecekleri, ayrıca DSÖ'nün genel ilaç politikalarıyla da örtüşen denetlenebilir ilaç bilgi veri tabanlarına sahip bu rehberlerin, gereksinim durumunda ilk başvuru kaynağı olması beklenirken, bu çalışmada ve diğer çalışmalarda ilk kaynak olarak tercih edilmemesi dikkat çekmektedir. Bizim çalışmamızda ve son yıllarda yapılan çalışmalarda reçeteleme yapılırken kullanılan kaynaklar arasında ilk sırada internet gelmektedir. Günümüz dünyasında hızla gelişen teknolojiyle birlikte internetin, tercih edilen bilgi kaynakları arasında ilk sırada yer alması normal olarak görülebilir ancak; hekimlerin kapsamlı

olarak kullanabilecekleri ve rahatlıkla erişebilecekleri, Sağlık Bakanlığı'nın genel ilaç politikalarıyla örtüşen, denetlenebilir ilaç bilgi veri tabanlarının oluşturulması ve kullanıma sunulması ihtiyacı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerin, ilaçların bazı özellikleriyle ilgili kendi bilgi düzeylerini değerlendirmeleri istenmiştir. Hekimlerin %71,3'ü ilaçların endikasyonları, %58,5'i pozoloji ve uygulama şekilleri, %33,2'si farmakolojik özellikleri, %46'sı kontrendikasyonları, %35,2'si yan etkileri, %17,8'si etkileşimleri, %33,2'si uyarılar ve önlemler ve %30,2'si biyoeşdeğerlikleri ile ilgili kendi bilgi düzeyini çok iyi/iyi olarak değerlendirmiştir. Akkurt'un Ankara'da asistan hekimler üzerinde yaptığı benzer bir çalışmada hekimlerin %64'ü ilaçların endikasyonları, %67,1'i günlük dozları, %74,1'i uygulama şekilleri, %51,8'i kontrendikasyonları, %47,9'u yan etkileri, %19,5'i biyoeşdeğerlik ve biyoyararlanımları, %48,2'si etki mekanizmaları ve %35,3'ü ise etkileşimleri ile ilgili kendi bilgi düzeylerini çok yeterli/yeterli olarak değerlendirmiştir (52). Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı bir araştırmada; aile hekimlerinin %61,2'si ilaçların uygulama şeklini, %55,9'u günlük dozunu, %52,2'si endikasyonlarını çok iyi bildiğini belirtmiştir. Uzman hekimlerin ise %66,2'si ilaçların uygulama şeklini, %62,6'sı günlük dozunu, %60,5'i endikasyonlarını çok iyi bildiğini belirtmiştir (68). Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının yaptığı başka bir çalışmada hekimler en sık ilaçların uygulama şekli, günlük dozu ve endikasyonları hakkındaki bilgilerinin iyi olduğunu belirtirken; fiyat, ilaç etkileşimleri, biyoeşdeğerlilik ve biyoyararlanım konularında kendilerini daha yetersiz gördüklerini belirtmişlerdir (10). Saygılı'nın yaptığı benzer bir çalışmada ise hekimlerin ilaçların endikasyonları ve pozoloji ve uygulama şekilleri ile ilgili bilgilerinin, ilaçların diğer özellikleriyle ilgili bilgilerine göre daha yüksek oranda iyi olduğu belirtilmiştir (53). Literatürde bulunan benzer çalışmalarda bizim çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan çalışmalara bakıldığında hekimlerin en sık ilaçların endikasyonları, pozoloji ve uygulama şekilleri hakkındaki bilgilerinin iyi düzeyde olduğu görülmüştür. İlaçların diğer özellikleri hakkındaki bilgi düzeylerinin ise yeterince iyi olmadığı görülmüştür. Bu duruma yol açan sebeplerin, bilgilerin zamanla unutulması, mezuniyet öncesinde ve sonrasındaki farmakoloji ve AİK konusundaki eğitimlerin yetersiz olması, bilim ve teknolojinin

her geçen gün gelişmesi nedeniyle bilgilerin güncellenmesinde problem yaşanması gibi faktörler olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlere ilaç reçete ederken hastanın hangi anamnez bilgilerinden ne sıklıkta yararlandıklarıyla ilgili sorular sorulmuştur. Hekimlerin %57,9'u hastalarının kullandığı başka ilaçlar olup olmadığı, %53,3'ü ilaç alerjisi, %35,6'sı karaciğer hastalığı, %40,6'sı böbrek hastalığı, %56,4'ü kronik hastalık, %55,9'u gebelik durumu, %47'si yaş, %21,3'ü cinsiyet ve %6,4'ü bitkisel ürün kullanım durumlarıyla ilgili anamnez bilgilerinden her zaman faydalandığını belirtmiştir. 2011 yılında Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı bir çalışmada aile hekimlerinin %84,2'si, uzman hekimlerin ise %78,5'i ilaç reçete ederken hastaların yaşından; aile hekimlerinin %83,6'sı, uzman hekimlerin %78'i gebelik ve emzirme durumundan; aile hekimlerinin %67,1'i, uzman hekimlerin %65,8'i ilaç alerjisi olup olmamasından; aile hekimlerinin %45,7'si, uzman hekimlerin %38,6'sı hastaların alım gücünden sıklıkla faydalandığını belirtmiştir (68). Saygılı'nın yaptığı çalışmada hekimlerin %58,6'sı hastaların kullandığı başka ilaçlar olup olmadığı, %43,7'si ilaç alerjisi, %39,1'i karaciğer hastalığı, %41,4'ü böbrek hastalığı, %49,4'ü kronik hastalık, %54'ü gebelik durumu, %62,1'i yaş ve %28,7'si cinsiyet durumlarıyla ilgili anamnez bilgilerinden her zaman faydalandığını belirtmiştir (53). Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı çalışmayla bizim çalışmamız arasındaki farklılıkların nedeninin bizim çalışmamızda her zaman ve sıklıkla seçeneklerinin ayrı ayrı değerlendirilmesi olduğu düşünülmektedir. Reçeteleme yapılırken ilaç etkileşimleri açısından hastanın başka kullandığı ilaç olup olmadığı her zaman sorgulanmalıdır. İlaç alerjisi olanlar, kronik bir hastalığı bulunanlar, gebeler, yaşlılar ve çocuklar gibi özel gruplar ilaç seçimi yapılırken en çok dikkat edilmesi gereken riskli gruplardır. AİK ilkelerini uygulamada, hastanın kişisel özelliklerine ve klinik durumuna göre ilaç seçimi yapmak çok önemli bir basamaktır.

Çalışmaya katılan hekimlerin %31,7'si hastalara ilaçlarla ilgili verdikleri bilgilerin yeterli olduğunu, %60,9'u kısmen yeterli olduğunu, %7,4'ü ise yeterli olmadığını düşünmektedir. Hastaya reçete verildikten sonra ilaçlarla ilgili açık ve anlaşılır şekilde bilgilendirme yapmak AİK kullanımının en önemli basamaklarından biridir. Hastaların ilaçlarla ilgili doğru ve eksiksiz bilgilendirilmesi hem hekimlerin görevi hem de hastaların temel hakkıdır. Hastanın tedavi süreci hakkında bilgi sahibi

olması, hastanın tedaviye uyumunu ve hekime olan güvenini arttırmaktadır. Seçilen tedavi ne kadar doğru olursa olsun, hasta ilaçları nasıl kullanacağını doğru anlamadıysa tedaviden alınan yanıt da o ölçüde eksik olacak ve AİK süreci olumsuz etkilenecektir. Ülkemizde sosyal güvenlik kurumlarının hekimlere önerdiği ortalama muayene süreleri, AİK basamaklarının (hastayı karşılama, öykü alma, fizik muayene yapma ve tedaviyi düzenleme) her birinin yerine getirilebilmesi için yeterli olmamaktadır. Bu durumun mevcut sağlık politikalarının bir çıktısı olduğu düşünülebilir. AİK sürecinde hastaların, ilacın etkisi, yan etkisi, uygulanma şekli, uyarılar, sonraki randevu gibi konularla ilgili mutlaka bilgilendirilmesi DSÖ tarafından önerilmektedir (11).

Çalışmaya katılan hekimlerin %61,4'ü hastalarına yazdığı ilaçlar hakkında bilgi verdikten sonra onların anlayıp anlamadığını kontrol ettiğini, %32,7'si bazen kontrol ettiğini, %5,9'u ise kontrol etmediğini belirtmiştir. 2008 yılında Ankara'da yapılan bir çalışmada; hekimlerin sadece %15,1'i hastalarına yazdığı ilaçlar hakkında bilgi verdikten sonra onların anlayıp anlamadığını kontrol ettiğini, %63,2'si bazen kontrol ettiğini, %21,7'si ise kontrol etmediğini belirtmiştir (64). Bu farklılığın son yıllarda AİK konusundaki eğitimlerin yaygınlaştırılmasından ve hekimlerin bu konuda eskiye göre daha bilinçli olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin %7,9'u hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete ettiğini, %68,8'i bazen reçete ettiğini, %23,3'ü ise reçete etmediğini belirtmiştir. Hastalar tarafından talep edilen ilaçların yazılması, çoğu zaman muayene etmeden ilaç yazılmasına sebebiyet vermektedir ve bu durum AOİK'u da beraberinde getirmektedir. AOİK nedeniyle, ilaçla tedavi sonrasında morbidite ve mortalitede artış olması, maddi kaynakların ölçsüz tüketilmesi, temel ilaçların bile temin edilemez olması ve tedavi maliyetlerinin daha da artması sonucu acil ve temel ilaçlara karşı meydana gelen direnç gibi bireysel ve toplumsal olarak pek çok sorunla karşılaşabilmektedir. İlaçların yan etkilerinin artması, ilaç etkileşimleri, hastanede yatış süresinin uzaması ve azalmış hasta uyumu ise AOİK sonucunda ortaya çıkan diğer sorunlardır (31). Literatürdeki benzer çalışmalarda da AOİK açısından benzer sonuçlar elde edilmiştir. Pilgir'in çalışmasında araştırma görevlisi hekimlerin, hastaların özel olarak istediği ilaçları reçete etme durumları sorgulandığında,

hekimlerin yaklaşık yarısı; “sadece kronik hastalıklara ait ilaçları reçete ederim”, “istenen tüm ilaçları reçete ederim, çünkü etmediğimde tartışma çıkıyor” ve “bu durumun yanlış olduğunu anlatacak vaktim olmadığı için, reçete ederim” şeklinde cevaplar vermiştir (51). SB'nin yaptığı çalışmada aile hekimlerinin %27,1'i ve uzman hekimlerinse %43,6'sı hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete etmediğini belirtmiştir (68). Doğukan ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında hekimlerin %40,2'sinin hastaları muayene etmeden ilaç yazmadıkları ve %42,5'inin ise sadece kronik hastalıklara ilişkin ilaçları hastaları muayene etmeden yazdıkları tespit edilmiştir (64). Aynı çalışmada hekimlerin %10,3'ü ilaçları reçete etmek istemedikleri takdirde tartışma çıktığından “evet, hastaları muayene etmeden ilaç reçete ederim” cevabını vererek, akılcı ilaç kullanımı konusunda hasta eğitiminin de gerekliliğini ve önemini ortaya koymuştur. Mollahaliloğlu (2000) Ankara'da pratisyen hekimlere yönelik yapılmış bir anket çalışmasında, hekimlerin %72,5'inin hastaların özel olarak istediği ilaçları reçete ettiği bildirilmiştir (10). Akıcı'nın (2000) İstanbul'da birinci basamakta yaptığı bir başka çalışmada, hekimlerin %74,2'sinin hastaların özel olarak talep ettiği ilacı reçete ettiği ya da bazen reçete ettiği bildirilmiştir (7). Bu sonuçlara göre hekimlerin, hastaların talep ettiği ilaçları reçete etme durumunda kalmaları sorununun yıllar içinde farklılıklar gösterse de devam ettiği görülmektedir. Günümüzde sağlıkta şiddet ve sağlık çalışanlarına yapılan baskıların gün geçtikçe arttığı göz önünde bulundurularak, AİK eğitimlerinin sadece sağlık çalışanlarına değil toplumun her kesimine verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan hekimlerin ancak %1'i AİK konusundaki kendi bilgi düzeyini çok yeterli olarak görmekteyken, %57,4'ü orta düzeyde yeterli gördüğünü belirtmiştir. Akkurt'un asistan hekimler üzerinde yaptığı bir çalışmada hekimlerin %2,2'si AİK konusundaki kendi bilgi düzeyini çok yeterli, %54,2'si ise orta düzeyde yeterli gördüğünü belirtmiştir (52). Her iki çalışmada hekimlerin kendi AİK bilgi düzeyleri hakkındaki düşünceleri benzerlik göstermektedir. Ülkemizde bu konuda yeteri kadar çalışma yapılmadığı görülmüş olup daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerin %67,3'ü 25-29 yaş aralığında, %52'si kadın, %48'i erkektir. Hekimlerin %71,8'i dahili bilimlerde, %28'si ise cerrahi bilimlerde çalışmaktadır.

Araştırma görevlisi hekimlerin %59,9'u AİK konusunda eğitim almış olup, AİK eğitimi alanların %71,8'i AİK eğitimini tıp fakültesinde öğrenciyken aldığını belirtmiştir. AİK konusunda daha önceden eğitim alan hekimlerin %65,3'ü ise tekrar eğitim almak istediğini belirtmiştir. Hekimlerin AİK konusundaki kendi bilgi düzeylerini değerlendirmeleri istendiğinde, %26,7'si kendisini yeterli/çok yeterli olarak gördüğünü belirtmiştir. Günümüzde tıp fakülteleri eğitim müfredatlarına AİK eğitimi eklenmiş olsa da henüz bütün tıp fakültelerinde uygulanmamaktadır. AİK eğitimi, tıp fakültesindeyken alınmış olsa bile her geçen gün güncellenen bilgiler, sağlıkta ve teknolojide yaşanan gelişmeler ve hafıza faktörleri nedenleriyle belirli aralıklarla tekrarlanması gerekmektedir. Bu nedenle mezuniyet öncesindeki eğitim müfredatlarına AİK eğitimi entegre edilmeli ve mezuniyet sonrasında da belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır. Ayrıca yapılan eğitimlerin ne kadar fayda sağladığını değerlendirmek amacıyla araştırmalar yapılmalıdır.

Hekimlerin %83,2'si advers etki bildirimini yapmadığını belirtmiştir. Advers etki bildirimini yaptığını belirten hekimlerin de büyük çoğunluğu ancak birkaç kez advers etki bildirimini yaptığını belirtmiştir. Bu çalışmada ve literatürdeki benzer çalışmalarda hekimlerin advers etki bildirimini yapma sıklıklarının oldukça düşük olduğu gözlenmiştir. Sağlık kuruluşlarında advers etki bilgi sistemleri oluşturulmalı ve hizmet içi eğitim kapsamında advers etki bildiriminin önemi, advers etki bildirim formu, formun nasıl doldurulacağı ve nereye teslim edileceği hakkında hekimlere kapsamlı bir eğitim verilmelidir.

Çalışmaya katılan hekimlerin en sık reçete ettikleri ilaç grupları sırasıyla şu şekildedir; NSAİİ (%49,5), Antibiyotikler (%21), PPI (%11,8), Antihipertansifler (%10,8), Antidiyabetikler (%8,9). Reçeteleme yapılırken en sık kullanılan kaynaklar sorgulandığında ise sırasıyla en sık internet, tanı ve tedavi rehberleri ve meslektaş yanıtları verilmiştir. Hekimlerin reçete yazarken en sık interneti kullandığı görülmektedir bu nedenle tanı ve tedavi rehberleri ve ilaç rehberleri hazırlanıp güncel



tutulmalı ve hekimlerin ücretsiz olarak kolay bir şekilde kullanmaları sağlanmalıdır. Hekimlerin bu rehberleri kullanmalarını arttırmak için çalışmalar yapılmalıdır.

Hekimlerin hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete edip etmeme durumları sorgulandığında %68,8'i bazen yanıtını vermiştir. Burada hastaların hekimlere istedikleri ilaçları reçete etmeleri konusunda baskı yapmalarının etkili olduğu düşünülmektedir. Hekimlerin, her ne kadar bilinçli davransalar da iş ve hasta yoğunluğu nedeniyle hastaların bu tarz isteklerini bazen yerine getirdikleri görülmektedir. Bu nedenle hekimlere AİK eğitimi verilmesinin yanı sıra, topluma da AİK konusunda farkındalık çalışmaları yapılarak halkın bu konuda bilinçlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Hekimlerin hastalarını ilaçlarla ilgili bilgilendirme sıklıkları sorgulandığında %60,9'u bazen yanıtı vermiştir. Bu durumun sebebinin bir hastaya ayrılan ortalama sürenin yeterli olmaması olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamıza katılan hekimlerin ancak %20,3'ü hastalarına 15 dakika ve üzerinde süre ayırabildiğini belirtmiştir. DSÖ bir hastaya ayrılması gereken en uygun süreyi 20 dakika olarak belirlemiştir. Çalışmamızda ve literatürde yapılan benzer çalışmalarda hastalara yeterli süre ayrılmadığı görülmüştür. Bunun sebebinin sağlık politikaları olduğu düşünülmektedir. AİK kullanımını geliştirmek ve yaygınlaştırmak için bir hastaya ayrılan ortalama sürenin optimal düzeye getirilmesi amacıyla sağlık politikalarının geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

## 7. ÖZET

**Giriş ve Amaç:** Akılcı İlaç Kullanımı (AİK); uygun ilacın, uygun süre ve dozajda, en uygun maliyetle ve kolayca sağlanabilmesidir. Uygunsuz, gereksiz ve yanlış ilaç kullanımı bütün dünyada görüldüğü üzere Türkiye’de de ciddi bir halk sağlığı problemidir. Hekimlerin AİK ile ilgili beklentilere ne ölçüde yanıt verdiğini değerlendirmek ve aksaklıkları giderebilmek için öncelikle hekimlerin konuyla ilgili bilgi ve tutumlarının belirlenmesi gerekmektedir. Bu çalışmanın amacı İzmir Katip Çelebi Üniversitesi (İKÇÜ) Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde görev yapan araştırma görevlilerinin AİK’e yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirmektir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipte düzenlenen bu çalışmaya İKÇÜ Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi’nde reçete yazılabilen branşlarda görev yapan 202 araştırma görevlisi dahil edilmiştir. Araştırma görevlilerine uygulanan ankette toplam 30 soru yer almaktadır. Veriler IBM SPSS Statistics 17.0 paket programına girilerek analiz edilmiştir. İki kategorik değişken arasında ilişki olup olmadığına Ki Kare Testi uygulanarak bakılmıştır. Yapılan tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan 202 araştırma görevlisi hekimin %67,3’ü (n=136) 25-29 yaş aralığındadır. Hekimlerin %52,0’i (n=105) kadındır. Hekimlerin %71,8’i (n=145) dahili branşlarda görev yapmaktadır. Hekimlerin %20,3’ü (n=41) hastalarına 15 dakika ve üzeri süre ayırabildiğini belirtmiştir. Hekimlerin %59,9’u (n=121) daha önce AİK konusunda eğitim aldığını belirtmiştir. Hekimlerin en sık yazdığı 5 ilaç grubu sırasıyla şu şekildedir; NSAİİ %49,5 (n=100), Antibiyotikler %21 (n=43), PPI %11,8 (n=24), Antihipertansifler %10,8 (n=22), Antidiyabetikler %8,9 (n=18). Hekimlerin %60,9’u (n=123) hastalarına ilaçlarla ilgili verdikleri bilgilerin kısmen yeterli olduğunu düşünmektedir. Hekimlerin %61,4’ü (n=124) hastalarına yazdığı ilaçlar hakkında bilgi verdikten sonra onların anlayıp anlamadıklarını kontrol ettiğini belirtmiştir. Hekimlerin %68,8’i (n=139) hastalar tarafından talep edilen ilaçları bazen reçete ettiğini belirtmiştir. Hekimlerin %57,4’ü (n=116) AİK konusundaki kendi bilgi düzeyini orta olarak değerlendirmiştir.

**Sonuç:** Günümüzde tıp fakülteleri eğitim müfredatlarına AİK eğitimi eklenmiş olsa da henüz bütün tıp fakültelerinde uygulanmamaktadır. Sağlıkta ve

teknolojide yaşanan gelişmeler ve hafıza faktörleri nedenleriyle AİK eğitimlerinin belirli aralıklarla tekrarlanması gerekmektedir. Bu nedenle mezuniyet öncesindeki eğitim müfredatlarına AİK eğitimi entegre edilmeli ve mezuniyet sonrasında da belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır. Ayrıca yapılan eğitimlerin ne kadar fayda sağladığını değerlendirmek amacıyla araştırmalar yapılmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Araştırma görevlisi, Akılcı ilaç kullanımı, Eğitim



## SUMMARY

**Introduction and Purpose:** Rational Drug Use (RDU) is the most appropriate cost and easy delivery of the drug in the appropriate time and dosage. Inappropriate, unnecessary and improper use of drugs in Turkey as seen in the whole world is a serious public health problem. In order to evaluate the extent to which physicians have responded to the anticipation of RDU, and to be able to overcome the defects, the physicians' knowledge and attitudes about the subject should be determined. The aim of this study is to evaluate the attitudes and behaviors about RDU of research assistants working at İzmir Katip Çelebi University (İKÇU) Atatürk Training and Research Hospital.

**Material and Method:** 202 research assistants working in prescribable fields were included in this study, which was organized as a descriptive type, at the HRCI Atatürk Education Research Hospital. A total of 30 questions are included in the questionnaire applied to researchers. The data were analyzed by entering the IBM SPSS Statistics 17.0 package program. The relationship between two categorical variables was examined by applying Chi-square test. The level of significance in all statistical analyzes was accepted as  $p < 0.05$ .

**Results:** 67.3% (n = 136) of the 202 research assistant physicians participating in the research were between 25-29 years of age. 52.0% of the physicians (n = 105) were females. 71.8% of physicians (n = 145) are working in internal branches. 20.3% (n = 41) of the physicians stated that they could spend 15 minutes and over on their patients. 59.9% (n = 121) of physicians stated that they had previously received training about AIK. The 5 most frequently written drug groups of physicians are as follows; NSAID 49.5% (n = 100), Antibiotics 21% (n = 43), PPI 11.8% (n = 24), Antihypertensives %10,8 (n=22), Antidiabetics %8,9 (n=18). 60.9% of physicians (n = 123) think that the information given to their patients about the drugs is partially sufficient. 61.4% (n = 124) of physicians stated that they informed their patients about the drugs they wrote and then checked whether they understood them. 68.8% (n = 139) of physicians stated that they sometimes prescribed medicines requested by patients. 57,4% (n = 116) of physicians evaluated moderately their knowledge level in the AIK.

**Conclusion:** At present, RDU training is added to the curricula of medical schools but not yet applied to all medical faculties. Due to the developmental and memory factors experienced in health and technology, it is necessary to repeat the RDU training at certain intervals. For this reason, RDU training should be integrated into the education curriculum before graduation and it should be repeated periodically after graduation. Research should also be undertaken to assess how well the training provided is beneficial.

**Keywords:** Research assistant, Rational drug use, Training



## 8. KAYNAKLAR

1. Kayaalp OS. Farmakolojiye Giriş, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji (Ed S. O. Kayaalp). 10. Baskı. Ankara: Hacettepe-Taş Kitapçılık Ltd. Şti.; 2002.
2. Şemin S. “Rasyonel İlaç Kullanımı ve Sağlık”, Sosyal ve Ekonomik Yönleriyle İlaç, Türk Tabipleri Birliği, Ankara, 1998; 34-41.
3. Neden Akılcı İlaç Kullanımı. Akılcı İlaç Kullanımı. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Sağlık Bakanlığı [İnternet]. [Erişim Tarihi: 10.12.2017]  
Erişim: [http://www.akilciilac.gov.tr/?page\\_id=81](http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=81)
4. Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Sık Sorulan Sorular ve Cevaplar. Akılcı İlaç Kullanımı. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Sağlık Bakanlığı [İnternet]. [Erişim Tarihi: 10.12.2017]  
Erişim: [http://www.akilciilac.gov.tr/?page\\_id=599](http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=599)
5. Maxwell S. Rational prescribing: the principles of drug selection. Clinical Medicine 2009; 9:481–485.
6. Aydın B, Gelal A. Akılcı İlaç Kullanımı: Yaygınlaştırılması ve Tıp Eğitiminin Rolü. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2012; 26(1):57- 63.
7. Akılcı A, Uğurlu Ü, Gönüllü N, Oktay Ş, Kalaça S. Pratisyen Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Sted 2002; 11(7):253-257.
8. İlaç Nedir? İlaç Hakkında. Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu (Titck). [İnternet]. [Erişim tarihi: 14.01.2017]  
Erişim: <http://www.titck.gov.tr/Ilac/IlacHakkında>
9. Paracelsus Sözleri ve Hayatı [İnternet]. [Erişim tarihi: 14.02.2018]  
Erişim:<http://www.sozkimin.com/a/1266-paracelsus-kimdir-sozleri-ve-hayati.html#ixzz56t0XjVJV>

10. Mollahaliloğlu S. Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarında Yazılan Reçetelerin Değerlendirilmesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı (Uzmanlık Tezi). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakóltesi; 2000.
11. De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. Guide to Good Prescribing, WHO/Action programme on essential drugs, Geneva, 1994.
12. Le Grand A, Hogerzeil HV. Haaijer-Ruscamp FM: Intervention research in rational use of drugs a review. Health Policy and Planning 1999; 14(2):89-102.
13. Kalyoncu Nİ, Yarış E. Akılcı ilaç kullanımında hekim sorumluluğu. Toplum ve Hekim 2004; 19:359-363.
14. Oktay S. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. In: Kayaalp O (Ed). Rasyonel İlaç Kullanımı. 9. Baskı, Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınevi, 2001; 1659-1663.
15. Kuş E. ve Durna Z. Akılcı İlaç Kullanımında Hemşirenin Rolü ve Eğitimin Önemi. Sağlık ve Toplum Dergisi 2016; 26(2):3-9.
16. N.Abacıoğlu. Akılcı (Rasyonel) İlaç Kullanımı. Üniversite ve Toplum 2005; 5(4):1-7
17. Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğu. Akılcı İlaç Kullanımının Alfabetesi. Ankara: 1993
18. Ambwani S and Mathur AK. Rational Drug Use. Health administrator. 2007; 19(1):5-7.
19. Eşkazan E. Akılcı İlaç Kullanımı. Akılcı İlaç Kullanımı içinde. İstanbul, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakóltesi Sürekli Tıp Eğitimi yayınları [İnternet]. 1999; 9-20. [Erişim tarihi: 23.02.2018]  
Erişim: <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/11/1101ee.pdf>
20. Reçete Yazma Rehberi. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğu [İnternet]. [Erişim tarihi: 28.02.2017]  
Erişim: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/receteyazma.pdf>

21. S.B. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü. Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştay Raporu. Ankara: 2006.
22. Çelik S. Jenerik ve Özgün İlaç: Biyoyararlanım Çalışmaları ve Biyoeşdeğerlilik. Toplum ve Hekim Dergisi 2004; 19:431-6
23. Yarış E. Tezgah Üstü İlaç Satılması ve İlaçla Reklam İlişkisi. Toplum ve Hekim Dergisi. 2004;19:369-72
24. Oktay S. Akılcı İlaç Kullanımının Genel İlkeleri. Türk Geriatric Dergisi 2006; 9:15-18
25. Eşkazan E. Akılcı İlaç Kullanımı. STE [İnternet]. Ocak 1999. [Erişim Tarihi: 18 Mart 2018]  
Erişim: <http://www.ctf.edu.tr/stek/bb11.htm>
26. De Vries TPGM, Hennig RH, Hozergeil HV, Fresle DA. Guide to good prescribing, Action programme on essential drugs. Geneva, WHO; 1994.
27. Akıcı A. Akılcı Tedavi Sürecinde Hekimlere Yol Gösterecek Pratik Yaklaşımlar. Turkish Family Physician Dergisi. 2013; 4(2):1-7.
28. Özata M, Aslan Ş, Mete M. “Rasyonel ilaç kullanımının hasta güvenliğine etkileri: Hekimlerin rasyonel ilaç kullanımına etki eden faktörlerin belirlenmesi”, [www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos\\_mak/articles/2008/20/MO-SA-MM.PDF](http://www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/articles/2008/20/MO-SA-MM.PDF) Erişim tarihi: 20 Şubat 2018.
29. WHO 2010 The World Health Report, Health Systems Financing, The Path to Universal Coverage, Achieving Better Health Outcomes And Efficiency Gains Through Rational Use Of Medicine Technical Brief Series - Brief No 3, 2010
30. Akıcı A ve diğerleri. “Serbest Eczanelerde İlaç Sunumu Sürecinde Karşılaşılan Sorunlar: Akılcı İlaç Kullanımı Yönünden Değerlendirme”, Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi, Ankara 2009; 29(1)
31. Krähenbühl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krähenbühl S. “Drug-Related Problems in Hospitals: A Review of the Recent Literature”, Drug Safety 2007; 30:379-407



32. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı. “Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı”. SGK Yayın No: 93, Ankara, 2013
33. Çurgunlu, A. Polifarmasi kavramı. Akademik Geriatri Dergisi 2011; 2:68-70.
34. Papapetrou, I., Jelastopulu, E., Symeonidou, E., Kleridou, M., Floridou, D., Charalambous, G. Investigation of polypharmacy and rational prescribing in elderly patients in a health centre of Nicosia, Cyprus. China-USA Business Review 2012; 11:1587-1594.
35. Veehof L, Stewart R, Haaijer-Ruskamp F, Meyboom-De Jong B. The development of polypharmacy: A longitudinal study. Family Practice 2000; 17:261–267.
36. Zarowitz B J, Stebelsky LA, Muma BK, Romain TM, Peterson EL. Reduction of high-risk polypharmacy drug combinations in patients in a managed care setting. Pharmacotherapy 2005; 25:1636-1645.
37. Erdiñçler DS. Yaşlıda akılcı ilaç kullanımı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri 2010; 69:9-31.
38. Slone Epidemiology Center. Patterns of medication use in the United States. A Report from the Slone Survey, Boston University, 2006. [İnternet] [Erişim tarihi: 14.02.2018]
- Erişim: <http://www.bu.edu/slone/files/2012/11/SloneSurveyReport2006.pdf>
39. Rochon PA SK, Sokol HN. Drug prescribing for older adults. 2012.
40. Green JL, Hawley JN, Rask KJ. Is the number of prescribing physicians an independent risk factor for adverse drug events in an elderly outpatient population? The American journal of geriatric pharmacotherapy 2007; 5(1): 31-9.
41. Lindley CM, Tully MP, Paramsothy V, Tallis RC. Inappropriate medication is a majör cause of adverse drug reactions in elderly patients. Age and ageing 1992; 21(4):294-300.
42. Rochon PA, Schmader KE, Daniel J Sullivan DJ. Drug prescribing for older adults.

43. Rochon PA, Gurwitz JH. Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *Bmj* 1997; 315(7115):1096-9.
44. Gill SS, Mamdani M, Naglie G, et al. A prescribing cascade involving cholinesterase inhibitors and anticholinergic drugs. *Arch Intern Med* 2005; 165(7): 808-13.
45. Avorn J, Bohn RL, Mogun H, et al. Neuroleptic drug exposure and treatment of parkinsonism in the elderly: a case-control study. *The American journal of medicine* 1995; 99(1):48-54.
46. Avorn J, Gurwitz JH, Bohn RL, Mogun H, Monane M, Walker A. Increased incidence of levodopa therapy following metoclopramide use. *Jama* 1995; 274(22): 1780-1782.
47. Akıcı A. Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda yaşlılarda reçete yazma ve Türkiye’de yaşlılarda ilaç kullanımının boyutları (Prescribing in elderly according to the principles of rational drug use and the dimensions of drug utilization in elderly in Turkey). *Turk J Geriatr* 2006; Özel Sayı:19-27.
48. Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the elderly: A literature review. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2005; 17:123-132.
49. Kutsal YG. Yaşlanan dünya. *Türk. Fiz. Tıp. Rehab. Dergisi* 2006; 52:6-11.
50. Onar E, Kapucu S. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı: Polifarmasi. *Akademik Geriatri Dergisi* 2011; 3:22-28.
51. Pilgir Ö. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi’ndeki Araştırma Görevlileri ve Dönem 6 Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi Düzeyleri, Halk Sağlığı Anabilim Dalı (Uzmanlık Tezi) Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017.
52. Akkurt B. Araştırma Görevlilerinin (Branş) Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları, Aile Hekimliği Anabilim Dalı (Uzmanlık Tezi), Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.

53. Saygılı M, Özer Ö. Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2015; 18(1):35-46.
54. Vançelik S, Çalikoğlu O, Güraksın A, Beyhun E. “Pratisyen Hekimlerin Reçete Yazımını Şekillendiren Faktörler ve Akılcı İlaç Kullanım Kriterlerini Önemseme Durumları”. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi 2006; 26(2):65-75.
55. S.B. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Ankara İli Sağlık Ocaklarında Reçete Yazımına Yönelik Müdahale Etkileri, Yayınlanmamış Araştırma Raporu. S.B. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Arşivi. Ankara: 2005.
56. Christensen RF. A strategy for the improvement of prescribing and drug use in rural facilities in Uganda. Uganda essential drugs management programme, 1990.
57. Bimo. Field-Testing of Drug Use Indicators of INRUD: Report of a Field Trip to Indonesia, Bangladesh and Nepal, June-July:1999.
58. Ofori-Adjei D. Report on Tanzania Field Test. INRUD News. 1992; 3(1):9.
59. Bimo Report on Nigeria Field Test.. INRUD News. 1992; 3(1):9-10.
60. Kafle KK and Members of INRUD Nepal Core Group. INRUD Drug Use Indicators in Nepal: Practice Patterns in Health Posts in Four Districts. INRUD News. 1992; 3(1):15.
61. Grumbachg K. Managing Primary Care in United States and in the United Kingdom. The New England Journal of Medicine 1993: 23.
62. Conrad P, Kern R. The Sociology of Health and İllness. Critical Perspectives. St. Martin’s Pres. Newyork. Fourth Edition 1994: 83-90.
63. Gordon T, Edwards WS. Doktor-Hasta İşbirliği. Hastanın Bakımıyla İlgilenen Herkes İçin Gerekli İletişim Becerileri. Sistem Yayıncılık. İstanbul, 1997.
64. Doğukan MN. Ankara ili Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı’na Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı

Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2008.

65. Doğukan ve ark. IX. Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 2004.

66. Soyalan M, Demirdamar R, Toklu HZ, Gümüsel B. “Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde ulusal farmakovijilans sistemi ve mevcut uygulamalar”, Marmara PharmaceuticalJournal 2012;16:159-163.

67. Ergin A, Büyükkakın B, Kortunay S, Bozkurt İA. Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Dahili Tıp Bilimlerinde Çalışan Araştırma Görevlilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Tutumları. Tıp Eğitimi Dünyası. 2014;40;30-8.

68. Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı, Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara, 2011.

69. Mahajan R, Singh NR, Singh J, Dixit A, Jain A and Gupta A. Current Scenario of Attitude and Knowledge of Physicians About Rational Prescription: A Novel Cross-Sectional Study. Journal of Pharmacy and BioAllied Sciences 2010; 2(2):132-136.

70. Prosser H, Almond S, Walley T. Influences on GP’s Decision to Prescribe New Drugs-the Importance of Who Says What. Fam Pract. 2003; 20(1):61-8.



**EK 2:**



İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ



T.C.  
İZMİR VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 47104536-799  
Konu : Tez İzni (Özden PEKÖZ)

İZMİR KATİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ ATATÜRK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİNE  
(Aile Hekimliği Kliniği İdari Sorumlu ve Program Yöneticisi)

İlgi : ÖZDEN PEKÖZ'ın 24/11/2017 tarihli ÖZDEN PEKÖZ

Hastanemiz Aile Hekimliği Kliniği'nde Görev yapmakta olan Ass. Dr. Özden PEKÖZ'ün "Araştırma Görevlilerinin İlaç Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranışlarını Değerlendirme Çalışması" konulu uzmanlık tezi evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-İmzalıdır.  
Op.Dr.Celalettin TURAN  
Başhekim Yardımcısı V.

**EKLER:**  
Özden PEKÖZ Tez İzin Evrakları

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim  
AR-GE Birimi Karabağlar-İZMİR

Faks No:

e-Posta:ilkmur.gull@saglik.gov.tr İnt.Adresi: ilkmur.gull@saglik.gov.tr

Bilgi için:İlkmur GÜL

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:1293

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden b08e3e90-d354-4985-ad30-59ae73ba4310 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

### EK 3:

## ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMINA YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARINI DEĞERLENDİRME ÇALIŞMASI

Bu çalışma, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi (İKÇÜ) Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından İKÇÜ Tıp Fakültesi Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi'nde görev yapan araştırma görevlisi hekimlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Toplanan veriler tez çalışması için kullanılacak olup, doğru sonuçlara ulaşılabilmesi açısından tüm soruların eksiksiz olarak cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Vereceğiniz cevapların size ait olduğunun hiç kimse tarafından bilinmemesi için lütfen anket formlarına adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Size ait olan bilgilerin gizli kalacağını belirtir katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız?...
2. Cinsiyetiniz?  
 Kadın  Erkek
3. Medeni haliniz?  
•Evlili •Bekar
4. Mesleki tecrübeniz kaç yıldır?  
 1 yıldan az  
 1-3  
 4-10  
 11-15  
 16-20  
 20 üstü
5. Branşınız?.....
6. Kurumdaki hizmet süreniz?....
7. Hangi tıp fakültesinden mezun oldunuz?.....
8. Mezuniyet yılınız? .....
9. Geçmiş yıllarda başka bir sağlık kuruluşunda çalıştınız mı?  
A)Evet B)Hayır
10. Günlük ortalama hasta sayınız?  
A)30 ve altı B)30-59 C)60-89 D)90 ve üstü

11. Bir hastanıza ortalama ne kadar süre ayırabiliyorsunuz?.....
12. Günlük başvuran hastaların yaklaşık yüzde kaçına reçete yazıyorsunuz?  
A) %1-%20 B) %21-%40 C) %41-%80 D) %81-%100 E) Hiç yazmıyorum
13. Reetelerinizde ortalama kaç kalem ilaç yer almaktadır?  
A) 1 B) 2 C) 3 D) 4 E) 5 ve daha fazla
14. Akılcı ilaç konusunda eğitim almak ister misiniz?  
A) Evet B) Hayır
15. Daha önce akılcı ilaç kullanımı konusunda hiç eğitim aldınız mı?  
A) Evet B) Hayır (lütfen 18. soruya geçiniz)
16. Akılcı ilaç kullanımı konusundaki eğitimi nereden aldınız?  
 Tıp Fakültesi  
 Sağlık Bakanlığı  
 Meslek Odası  
 İlaç Firması  
 Diğer .....(Lütfen belirtiniz.)
17. Akılcı ilaç eğitiminde edindiğiniz bilgileri, tedavi sırasında uygulayabiliyor musunuz?  
A) Evet B) Hayır
18. Sağlık mesleği mensubu olarak beşeri tıbbi ürünün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği dşnlen beklenmeyen advers etkilerin bildirimini yapıyor musunuz?  
A) Evet B) Hayır (Lütfen 20. soruya geçiniz.)
19. Şimdiye kadar kaç bildirim yaptınız?  
A) 1-2 B) 3-5 C) 6-10 D) 10'dan fazla
20. Reçeteleme yaparken en çok hangi bilgi kaynaklarından faydalanıyorsunuz?  
(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)  
 Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzu (TİK)  
 Tanı ve Tedavi Rehberleri  
 Vademecum  
 Farmakoloji Kitapları  
 İlaç Bilgi Yazılım Programları (Rx MediaPharma, TEBRP, vb.)  
 İlaç Firmalarının Araştırma ve Tanıtım alışmaları  
 Meslektaş  
 İnternet  
 Hiçbir kaynaktan yararlanmıyorum



21. İlaçlarla ilgili bilgi düzeyiniz hakkında ne düşünüyorsunuz? (Lütfen her bir maddeye cevap veriniz. Cevap verilmeyen maddeler “çok kötü” olarak değerlendirilecektir.)

	<u>Çok İyi</u>	<u>İyi</u>	<u>Orta</u>	<u>Kötü</u>	<u>Çok Kötü</u>
Endikasyonlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pozoloji ve Uygulama Şekli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmakolojik Özellikleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrendikasyonlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yan Etkiler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlaçların Etkileşimleri (ilaç/besin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uyarılar, Önlemler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Özel Durumlar (gebelik, pediatri vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biyoeşdeğerlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. En sık reçete ettiğiniz ilaç grubu nedir?.....

23.İlaç reçete ederken hastanızın hangi anamnez bilgilerinden yararlanıyorsunuz? (Lütfen her bir maddeye cevap veriniz. Cevap verilmeyen maddeler “hiçbir zaman” olarak değerlendirilecektir.)

	<u>Her Zaman</u>	<u>Sıklıkla</u>	<u>Bazen</u>	<u>Nadiren</u>	<u>Hiçbir Zaman</u>
Kullandığı başka ilaç(ları) sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlaç alerjisi olup olmadığını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karaciğer hastalığı olup olmadığını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Böbrek hastalığı olup olmadığını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronik bir hastalığı olup olmadığını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebe olup olmadığını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yaşını dikkate alırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cinsiyeti dikkate alırım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bitkisel ürün kullanımını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer .....(Lütfen belirtiniz)					

24. Hastaya ilaçlarla ilgili verdiğiniz bilgiyi yeterli buluyor musunuz?

A)Evet B)Kısmen C)Hayır

25. Hastanıza ilaçla ilgili verdiğiniz bilgilerin sıklığı hakkında ne düşünüyorsunuz? (Lütfen her bir maddeye cevap veriniz. Cevap verilmeyen maddeler “hiçbir zaman” olarak değerlendirilecektir.)

	<u>Her Zaman</u>	<u>Sıklıkla</u>	<u>Bazen</u>	<u>Nadiren</u>	<u>Hiçbir Zaman</u>
İlacın adını	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uygulama seklini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Günlük dozu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tedavi süresini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlacın etki mekanizmasını	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

İlacın olası yan etkilerini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlacın fiyatını	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer ilaçlarla/besinlerle etkileşimini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzak durması gereken aktiviteler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlacı ne zaman bırakması gerektiğini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlacın ne zaman etki göstereceğini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer .....	(Lütfen belirtiniz)				

26. Hastaya ilaç ile ilgili bilgi verdikten sonra, hastanın anlayıp anlamadığını kontrol eder misiniz?

- A)Evet B)Bazen C)Hayır

27. Hastalar tarafından talep edilen (hastanın önceden kullandığı, başkaları tarafından önerilen, eczaneden aldığı vb.) ilaçları reçete ediyor musunuz?

- A)Evet B)Bazen C)Hayır

28. Hastalarımıza ilaç dışında, bitkisel ürünleri de önerir misiniz?

- A)Evet B)Bazen C)Hayır

29. Tedavi sonrası ilacın etkinliğini değerlendirmek için hastanızı kontrole çağırır mısınız?

- A)Evet B)Bazen C)Hayır

30. Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinizi değerlendirir misiniz?

- A)Çok yeterliyim B)Yeterliyim C)Orta D)Yetersizim D)Hiç yeterli değilim