



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

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**0-12 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN AKILCI İLAÇ
KULLANIM TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

Çiğdem KULOĞLU

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Emine EKİCİ**

İSTANBUL-2020

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**0-12 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN AKILCI İLAÇ
KULLANIM TUTUMLARININ İNCELENMESİ**

Çiğdem KULOĞLU

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Emine EKİCİ**

İSTANBUL-2020

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Anabilim Dalı : Hemşirelik Anabilim Dalı
Program : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Öğrenci No : 184204015
Öğrenci Adı Soyadı : Çiğdem Kuloğlu

0-12 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Akılcı İlaç Kullanım Tutumlarının İncelenmesi isimli çalışma aşağıdaki jüri tarafından 28.02.2020 tarihinde yapılan sınavda Yüksek Lisans Tezi olarak oybirliğiyle kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı : Doç. Dr. Nurcan Uysal
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Danışman : Dr. Öğr. Üyesi Emine Ekici
(Üsküdar Üniversitesi)

İmza



Üye : Dr. Öğr. Üyesi Zehra Kan Öntürk
(Acıbadem Üniversitesi)

İmza



ONAY

Bu tez, yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Doç.Dr. Türker Tekin ERGÜZEL
Enstitü Müdür V.

ÖZET
0-12 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN AKILCI İLAÇ
KULLANIM TUTUMLARININ İNCELENMESİ

Bu çalışma 0-12 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki tutumlarını belirlemek, ebeveynlerin akılcı ilaç kullanım tutumlarını etkileyen tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapıldı. Örneklemini İstanbul’ da bir devlet ilkokulunda eğitim görmekte olan çocukların ebeveynleri (n=719) oluşturdu. Araştırmanın verileri Tanıtıcı Özellikler Formu ve Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği (AİKİYETÖ) kullanılarak toplandı. Çalışmanın analizinde tanımlayıcı istatistiksel testler, Student’s t test, Mann Whitney U, One Way Anova testi kullanıldı. Ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalaması 174.96 ± 17.77 , doğru ve bilinçli ilaç kullanımı alt boyutu puan ortalaması 132.36 ± 14.35 , etkili ve güvenli ilaç kullanım alt boyutu puan ortalaması 42.59 ± 8.20 olarak bulundu.

Ebeveynlerin en uzun süre yaşanan yer, aile tipleri, gelir durumları, eğitim durumları, çocuk sayıları, çocuklarının yaşları, çocuk cinsiyetleri, hastalık durumlarında başvurdukları yer ve reçetesiz ilaç kullanma durumları ile AİKİYETÖ puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0.05$). Ebeveynlerin en uzun süre yaşanan yer, aile tipleri, gelir durumları, eğitim durumları, çocuk sayıları, çocuklarının yaşları, çocuk cinsiyetleri, hastalık durumlarında başvurdukları yer durumları ile doğru ve bilinçli ilaç kullanımı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0.05$). Ebeveynlerin çocuk sayıları, hastalık durumlarında başvurdukları yer ve reçetesiz ilaç kullanma durumları ile etkili ve güvenli ilaç kullanımı alt boyutu puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu bulundu. En uzun süre yaşanan yer ilçe ve köy olan, geniş ailede yaşayan, geliri giderinden az ve geliri giderine denk olan, eğitim durumu düşük olan, çocuk sayısı fazla olan, yenidoğan çocuğu olan, özellikle kız çocuğa sahip olan, çocuğu hastalandığında aile sağlığı merkezine başvuran ve reçetesiz ilaç kullanan ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamasının düşük olması sebebiyle, planlanacak eğitim programlarında bu durumun dikkate alınması ve çocuklarda AİK konusunda kapsamlı çalışmaların yapılması önerildi.

Anahtar kelimeler: Akılcı ilaç kullanımı, ebeveyn, tutum



ABSTRACT

INVESTIGATION OF RATIONAL DRUG USAGE ATTITUDES OF PARENTS WITH 0-12 YEARS OF CHILDREN

This study was carried out descriptively in order to determine the attitudes of parents with children between the ages of 0-12 on rational drug use and to examine the introductory characteristics of parents that affect rational drug use attitudes. The sample was composed of the parents (n = 719) of the children studying in a public primary school in Istanbul. The data of the study were collected using the Introductory Characteristics Form and the Parental Attitude Scale for Rational Drug Use (ICFPASRDU). Descriptive statistical tests, Student's t test, Mann Whitney U, One Way Anova test were used in the analysis of the study. The mean score of parents' ICFPASRDU score was 174.96 ± 17.77 , the average score of correct and conscious drug use was 132.36 ± 14.35 , and the average score of effective and safe drug use was 42.59 ± 8.20 . A significant difference was found between the place where parents lived for a long time, their family types, income status, educational status, number of children, ages of their children, child gender, the place they applied in cases of illness and their use of over-the-counter medication and the mean scores of ICFPASRDU ($p < 0.05$). It was found that there was a statistically significant difference between the parents' longest living place, family types, income status, educational status, number of children, ages of their children, child genders, place where they applied in case of illness, and correct and conscious drug use sub-dimension mean scores ($p < 0.05$). It was found that there was a significant difference between the number of children of parents, the place they applied in cases of illness and their use of over-the-counter medication, and the mean scores of effective and safe drug use sub-dimension ($p < 0.05$).

According to these results, it was found that parents lacked knowledge about rational drug use. The longest living place is the district and village, living in the extended family, less income and income equivalent, low educational status, high number of children, newborn children, especially girls, applying to the family health center when the child is sick, and As the average of ICFPASRDU score of parents who use non-prescription drugs is low, it was suggested that this situation should be taken into consideration in the planned training programs and comprehensive studies on RDU in children.

Keywords: Rational drug use, parent, attitude

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca yardımlarını esirgemeyen, her zaman destek, ilgi ve sabır gösteren, tez çalışmamın daha iyi planlanmasını ve yürütülmesini sağlayan, değerli Danışman Hocam Dr. Öğretim Üyesi Emine EKİCİ başta olmak üzere her zaman her konuda desteklerini esirgemeyen Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nün çok değerli hocalarına;

Tezin istatistik analizinde ve tez yazım sürecinde yardımlarını esirgemeyen çok değerli arkadaşım Öğr. Gör. Ebru ELÇİ' ye ;

Araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlere, çalışmayı yaptığım okul müdürü Remzi KOCAKAYA, okul sekreteri Gülay KILIÇ' a ve okulun tüm öğretmenlerine;

Hayatımın her aşamasında olduğu gibi yüksek lisans eğitimim süresince de beni destekleyen ve fedakarlıklarıyla bu noktaya getiren annem Behiye KULOĞLU, babam Tefvik KULOĞLU' na ve sevgili kardeşlerime;

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

28.02. 2020

Çiğdem KULOĞLU

BEYAN

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında zgn olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

28.02.2020

ığdem KULOĞLU

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR	iv
BEYAN FORMU	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	ix
1.GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	5
1.3. Araştırma Soruları.....	5
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1. AKILCI İLAÇ KULLANIMIYLA İLGİLİ TEMEL KAVRAMLAR.....	6
2.2 AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI	6
2.3. AKILCI İLAÇ KULLANIMI.....	8
2.4. ÜLKEMİZDE VE DÜNYADA DURUM.....	11
2.5. AKILCI İLAÇ KULLANIMINDA SORUMLU TARAFLAR.....	14
2.5.1 Medyanın Sorumluluğu.....	15
2.5.2. Hekimin Sorumluluğu.....	16
2.5.3. Eczacının Sorumluluğu	16
2.5.4. Hasta ve Yakınlarının Sorumluluğu.....	17
2.5.5. Devletin Sorumluluğu.....	17
2.5.6. Hemşirenin Sorumluluğu.....	17
2.6. RİSKLİ GRUPLARDA AKILCI İLAÇ KULLANIMI.....	20
2.6.1. Çocuklarda İlaç Kullanımı.....	22

3.GEREÇ VE YÖNTEM.....	25
3.1. Araştırmanın Tipi.....	25
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	25
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri.....	26
3.5. Verilerin Toplanması.....	26
3.6. Verilerin Toplama Araçları.....	26
3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Formu.....	26
3.6.2.Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği.....	27
3.7.Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.8.Araştırmanın Etik Boyutu.....	28
4.BULGULAR.....	29
5.TARTIŞMA.....	38
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
7.KAYNAKLAR.....	48
8.EKLER.....	58

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: Okuldaki sınıf ve öğrenci sayısının dağılımı.....	25
Tablo 2: Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı	29
Tablo 3: Ebeveynlerin çocuklarına ilişkin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı.....	30
Tablo 4: Ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik tutum ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı.....	31
Tablo 5: Ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerine göre AİKYETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı	32

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AİK: Akılcı İlaç Kullanımı

AİKYETÖ: Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği

AOİK: Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SPSS : Statistical Package for Social Science

TİTCK : Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

WHO : World Health Organizatio

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

İlaçla tedavi, günümüzde modern tıp uygulamaları arasında öncelikli tedavi yöntemlerinden biri olarak kabul edilir. İlaçların gereksiz, fazla, yanlış kullanılması, kıt kaynakların israfına ve yaygın sağlık tehlikelerine yol açan ve tüm dünyayı etkileyen bir halk sağlığı problemidir (WHO, 2002; WHO, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), akılcı ilaç kullanımını (AİK) “hastaların ilaçları klinik gereksinimlerine uygun biçimde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almaları için uyulması gereken kurallar bütünü” olarak tanımlamıştır (WHO, 1985). Bu doğrultuda AİK ilkeleri; belirlenen doğru ilacın, doğru uygulama yoluyla, doğru miktarda, yeterli bilgilendirme yapılarak, doğru zamanda ve maliyet uygunluğu da dikkate alınarak kullanılmasıdır. Bu ilkelerin gerektirdiği kurallara uyulmaması, ilaçların kullanımını dolaylı veya doğrudan ilgilendiren yanlışlıklar Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı (AOİK) olarak tanımlanmaktadır (Akıcı ve Kalaça, 2013; Bardak ve Yalçın, 2005; Kalaça, 2013; Maxwell, 2009).

DSÖ tahminlerine göre dünya genelindeki ilaçların % 50 sinin uygun olmayan biçimde reçete edildiği, hazırlandığı veya satıldığı, hastaların da ilaçlarını yanlış şekilde kullandığı bildirilmiştir (WHO, 2002; Kişioğlu ve ark., 2004). Dünya ilaç sektörünün mali büyüklüğünün giderek arttığı bilinmektedir (Kenesarı ve Özçakar, 2016). DSÖ Astana bildirgesinde artan ilaç tüketimi ve sağlık hizmetleri harcamaları konusunda önlem alınmasını vurgulamıştır (Öztek, 2017). Ülkemizde de yaşlı nüfusun artışı, özel sağlık kurumlarından hizmet alımının artışı, hekime gitme sıklığının 2002 yılında 3,1 iken 2014 yılında 8.3 olması, ilaç kullanımı ve ilaç harcamalarında artışı da beraberinde getirmiştir. Ülkemizde tüketilen ilaç kutu sayısı 2016’da 2.113 milyon iken, 2018 yılında 2240 milyon kutuya yükselmiştir (Demircan, 2017; İEİS, 2019). Bu durum ülkemizde akılcı ilaç kullanım politikalarının uygulanması ve yaygınlaştırılmasının önemini vurgulamaktadır (Çınar, 2018; SB Stratejik Plan, 2012).

DSÖ AİK'nın geliştirilmesi hususunda ilaç kullanımının ve ilaç harcamalarının denetlenmesi için denetim organlarının oluşturulması, en çok ihtiyaç duyulan ilaç listelerinin ve ilaç kılavuzlarının oluşturulması, sürekli sağlık eğitiminin öneminin artırılması, akılcı ilaç kullanımı ile ilgili derslerin sağlık eğitimlerine eklenmesi, ilaç kullanımında halkın bilinçlendirilmesi önerilerinde bulunmuştur (WHO, 2002; WHO, 2012). Ülkemizde DSÖ'nün önerileri doğrultusunda Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) programı uygulanmaktadır. Bu durumda 2014 yılında "Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017" uygulamaya konulmuştur. Bu planın temel amacı AOİK'nın önlenmesidir (AİK Ulusal Eylem Planı 2014-2017).

"AOİK örnekleri; hasta başına çok fazla ilaç tüketimi (polifarmasi), klinik klavuzlara uygun olarak reçete yazılmaması (Boonshuyar ve ark., 2002), ilaçların yanlış biçimde kullanılması ve önerilen dozda kullanılmaması (Ekenler ve Koçoğlu, 2016; Pınar, 2012), gereksiz pahalı ilaç kullanımı, gereksiz antibiyotik tüketimi, hekime danışmadan ilaç kullanma (Akın ve ark., 2018; WHO, 2012), oral kullanımın daha uygun olacağı durumlarda enjeksiyon kullanımı (Altındış, 2017; Erdoğan ve ark. 2015), evinde artık ilaç bulundurma (Açıkel ve ark., 2009; Aksakal ve ark. 2005; Bedir ve ark. 2018), başkalarının önerdiği ilacı kullanma (Bentli ve ark. , 2018) , ilaç saklama yerleri ile ilgili kurallara uygun davranılmaması, yeni çıkan ilaçlarda aceleci olma, vb olarak belirlenmiştir (Akıcı ve ark., 2002; Akıcı ve Ulupınar, 2013; Akıcı ve Ulupınar, 2015).

AOİK nedeniyle tedaviden fayda görülmemesi, istenmeyen ilaç etkilerinde kısmi artış, yanlış kullanım sonucunda gelişen antibiyotik direnci, enjeksiyon formundaki ilaçların fazla ve steril olmayan biçimde kullanımına bağlı komplikasyon ve kan yoluyla geçen hastalık riskinde artış, yüksek dozda ilaç kullanmanın getirdiği olumsuz sonuçlar, ilaç stoklarının azalmasına bağlı ilaca erişim güçlüğü ve hastaların sağlık sistemine olan inançlarında azalma, ilaç bağımlılığı ile ilaç maliyetinde artış görülmektedir (WHO, 2019 ; AİK , 2019).Bu sorunların çözümünde DSÖ'nün de önerdiği AİK süreci etkilidir (Engin, 2006; WHO, 2002).

AİK, doktorun hastaya tanı koymasını, reçete yazmasını, hastanın ilacı edinmesini, kullanmasını ve tedavinin izlenmesini kapsayan uzun bir süreçtir. AİK'nın sağlanmasında hekim, hemşire, eczacı, diğer sağlık personeli, hasta/ hasta yakını, sektör, devlet, meslek örgütleri ve diğer (Medya, Akademi vb.) gruplar sorumluluk sahibi taraflardır (SB, 2019; AİK, 2019). İlaç tedavisine başlanması hekimin, ilacın uygulanması ve tedavi sürecinin izlenmesi hemşirenin görevleri arasındadır. İlaçların güvenli ve doğru kullanımını

sağlama, hemşirelerin en önemli sorumluluklarındandır. İlaçların etkisini, yan etkisini gözlemleyen ve ortaya çıkan olumsuz bir durumda hastayı ilk değerlendiren ve hekime bilgi veren hemşireler; kullanılan ilaçların etkisi ve yan etkisi hakkında bilgi sahibi olmalıdır. İlaç tedavisi süresince 8 doğru ilkesine (doğru doz, doğru hasta, doğru zaman, doğru yanıt, doğru kayıt, doğru yol, doğru ilaç, doğru ilaç şekli) uymalıdır (Akıcı ve ark., 2013; Alkan ve ark., 2011; Ekenler ve Koçoğlu, 2016). AİK' nın sağlanması için bireyler kendisinin ve yakınlarının tedavileri sırasında hekime gereksiz ilaç yazdırmaktan kaçınma, doğru tanının konulmasına yardım etme, tedaviye etkin biçimde katılma, kendilerine yapılan önerilere ve uyarılara uyma gibi konularda bilinçli davranarak katkıda bulunabilirler (Akıcı ve Kalaça, 2013; Bukumirić ve ark., 2017; Basiaris ve ark., 2005).

AİK tüm toplumu ilgilendiren bir konudur. Özellikle riskli gruplar olarak nitelendirilen yaşlı ve çocuklarda AOİK kronik hastalıklarda ve çocukluk hastalıklarında mortalite ve morbiditenin artmasına neden olmaktadır (WHO,2002).

Çocuklarda ilaç uygulamaları erişkinlerden farklıdır ve birçok sorumluluğu da beraberinde getirir. Çocuğun gelişim dönemine göre boy, kilo ve vücut kütle oranı farklılıkları, enzim ve hormon aktivitesinin yaşla giderek fonksiyon kazanması nedeniyle uygulanacak ilaç dozları yetişkinlerdeki gibi standart değildir. Çocuk ve yetişkin hastalar arasında ilaçların biyoyararlanımı, farmakokinetik ve farmakodinamik özellikleri, etkinlikleri ve yan etkileri arasında gözle görülür farklılıklar vardır (Çavuşoğlu, 2015; Akıcı ve Başaran, 2015, Al-Hajje ve ark., 2018; Lundborg ve ark., 2014). Çocuklarda AOİK' yı önlemek için ailelerin ve sağlık personelinin sorumlulukları vardır (Erdoğan ve ark., 2015; Al-Hajje ve ark., 2018). Akılcı ilaç kullanımında aileye düşen görev ilaçların akılcı tüketimidir (Ovalı, 2010; Chan ve ark., 2006).

Çocuklarda AOİK' nın önlenmesinde ebeveynlerin AİK ile ilgili yanlış bilgi ve davranışlarının, yanlış inançlarının belirlenmesi önemlidir. Ülkemizde ebeveynlerin çocuklarına ilaç verirken en sık yaptıkları hatalı uygulamalar; ilacın fazla veya yetersiz dozda verilmesi (Arıkan ve ark., 2013), doz aralıklarının ayarlanamaması (Akıcı ve Başaran, 2015), ilacın uygun olmayan koşullarda saklanması, ilacın zamanından önce bırakılması, ishal olan çocukların antibiyotik ile tedavisi, fonksiyonel konstipasyon durumlarında laksatif alışkanlığı (Çakır ve ark. 2019), yeni çıkmış ilaçların bilinçsiz bir şekilde kullanımı, analjeziklerin yanlış kullanılması, etkileşime açık ilaçları kombine bir şekilde kullanmak, vitaminlerin gereksiz ve yanlış kullanılması (örneğin

antibiyotikle kombine ederek ve viral enfeksiyon durumlarında kullanılması gb.), grip, nezle, farenjit gibi hastalıklarda antibiyotik kullanılması gibi durumlardır (Arslan ve ark., 2008; Başbakkal ve ark., 2013; Fidancı ve ark., 2016; Güdek ve ark. 2013; Kayaalp, 2009; Özçelikay, 2001).Yurt dışında ebeveynlerin çocuklarına ilaç verirken en sık yaptıkları hatalı uygulamalar; reçetesiz ilaç kullanımı (Basiaris ve ark., 2005; Chan ve ark., 2006), ebeveyn ve sağlık çalışanları arasında iletişim eksikliği olması (Bates ve ark., 2003), gereksiz antibiyotik kullanımı, ilaçların yanlış kullanımı (Chambers ve ark., 2001), ilaç yazdırma talebi ve tedaviye uyum sağlamama (Bauchner ve Palmer, 1997) gibi durumlardır.

Ebeveynlerle akılcı ilaç kullanımıyla ilgili yapılmış çalışmalar incelendiğinde; Özdemir' in anne ve babaların antibiyotik algıları ölçeğinin geçerlilik güvenirliğini yaptığı çalışmada ebeveynlerinin antibiyotik algısı ile ilgili eğitimlere ihtiyaç duyduğunu, Feslihan ve Tunç' un ebeveynlerin antibiyotik bilinç düzeylerini değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada ebeveynlerin % 63' ünün antibiyotik kullanımı konusunda bilgiye ihtiyaç duyduğunu bulmuşlardır (Feslihan ve Tunç 2019; Özdemir, 2018). Yeniçeri ve Çelebi' nin ebeveynlerle yaptıkları çalışmalarda kendi kendine ilaç kullanımı sırasıyla %34 ve %97 olarak bulunmuştur (Çelebi, 2018; Yeniçeri, 2019). Yurt dışında Chan ve arkadaşlarının çalışmasında ebeveynlerin (%80'i anne) %24'ünün daha önce benzer bulguları olan bir çocuğa verilen antibiyotiği çocuklarına verdikleri saptanmıştır(2006). Borg ve arkadaşlarının Malta'da yaptığı bir çalışmada ebeveynlerin %11'i çocuklarına reçetesiz antibiyotik verdiklerini belirtmişler (2002).Yurt içi ve yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde; kullanılan tüm ilaçlara yönelik AİK ve ebeveynlerin tutumunu ölçen ve okulda yapılan çalışmaya rastlanmamıştır (Ayada ve ark., 2019; Çınar, 2018; Çelebi, 2018; Ekenler ve Koçoğlu, 2016; Güdek ve ark., 2013; Kenesarı ve Özçakar, 2016) Ayrıca bu çalışmada ebeveynlerin akılcı ilaç kullanım tutumları geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracıyla değerlendirilmiştir. Bu çalışmanın çocuklarda AOİK davranışlarının azaltılması ve ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımının geliştirilmesi konusunda farkındalık oluşturacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı 0-12 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımını konusundaki tutumlarını belirlemek ve ebeveynlerin akılcı ilaç kullanım tutumlarını etkileyen tanıtıcı özelliklerini incelemektir.

1.3. Araştırmanın Soruları

- 1.Ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamaları nasıldır?
2. Ebeveynlerin doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamaları nasıldır?
3. Ebeveynlerin etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamaları nasıldır?
- 4.Tanıtıcı özellikler yönünden ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
5. Tanıtıcı özellikler yönünden ebeveynlerin doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamaları arasında fark var mıdır?
- 6.Tanıtıcı özellikler yönünden ebeveynlerin etkili ve güvenli kullanım alt boyutu puan ortalamaları arasında fark var mıdır ?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Kavramlar

İnsanlık tarihinin ilk zamanlarından geliştirilerek aktarılan bilgiler tıbbın ilerlemesini sağlarken hastalıklar hakkında da daha fazla bilgi sahibi olunmasını sağlamıştır. Tüm bu gelişmelerle birlikte yeni tedavi yöntemleri aranırken edinilen deneyimler ve araştırmalar sonucunda ilaçlar ortaya çıkmıştır. Farmakolojinin temellerini oluşturan bu bilgiler önderliğinde günümüzde çok çeşitli ilaçlar bulunmuş ve yenileri de bulunmaya devam etmektedir. İlaç çeşitlerinin artması ve yeni tedavi şekillerinin bulunmasıyla birlikte, ilaçların yararlarının yanında, yanlış kullanılması sonucunda zararlarının da olabildiği görülmüştür (Aşık ve Beggi, 2019; Güdek ve ark., 2013).

İlaç, canlı organizmaların hastalıklarının tedavisinde, önlenmesinde veya sağlığın korunmasında hekimin önerdiği şekilde ve düzenlediği reçeteye kullanılan özel nitelikli kimyasal birleşim ürünüdür (Akıcı ve Kalaça, 2013).

Akılcı ilaç kullanımı, ilaçların doğru kullanımı anlamına gelir. Başka bir ifadeyle, bir hastalığın önlenmesi, kontrol altına alınması veya tedavi edilmesi için, doğru ilacın, gereken zamanda, gerektiği miktarda ve uygun fiyatla kullanılmasıdır. İlacın hem bireye, hem de ekonomiye en yararlı biçimde kullanılmasıdır (Taşdemir, 2013).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı, ilaçların kullanımını doğrudan ya da dolaylı olarak ilgilendiren her türlü yanlışlık, akılcı ilaç kullanımı tanımında belirtilen ilkelere ve kurallara uyulmaması olarak tanımlanabilir (Akıcı ve Kalaça, 2013).

2.2. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

Akılcı olmayan ilaç kullanımı tanımlanırken, ihtiyaç olmaksızın ilaç kullanımı, hatalı ilaç ve tedavi seçimi, etkisi bilinmeyen ilaçların kullanımı, ulaşılabilir, güvenli ve etkili ilaç sağlanmasında yetersizlik, doğru ilacı yanlış doz, yanlış süre ve yanlış formda kullanma konuları akla gelmektedir (Aslan ve ark., 2008).

DSÖ verilerine göre, dünya genelinde kullanılan ilaçların yarısından çoğu akılcı olmayan biçimde reçetelendirilmekte, dağıtılmakta veya satılmakta, hastaların %50 si ilaçlarını akılcı olmayan biçimde kullanmakta, ayrıca dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri temel ilaçlara ulaşmamaktadır (WHO, 1985). Çoklu ilaç kullanımı (polifarmasi), oral

yolla alınabilecek ilaçların parenteral yoldan uygulanması, ilaçların uygunsuz ve reçetesiz bir biçimde kendi kendine kullanılması, gereksiz antibiyotik kullanılması, evinde artık ilaç bulundurma, ilacın saklama koşullarına uyulmaması, yeni çıkan ilaçlarda aceleci davranma, gereksiz yere yüksek maliyetli ilaçların kullanılması, ilacın uygun olmayan biçimde reçete edilmesi akılcı olmayan ilaç kullanımı örneklerindedir (Akıcı ve Kalaça, 2013; Gülmez, 2015). Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde; Özçelikay' ın ayakta tedavi gören hastaların ilaçlarını kullanırken akılcı olup olmadıklarını belirlemek amacıyla Ankara' da yaptığı çalışma sonucunda 159 katılımcının %56.6' sını hastalandıklarında hekime başvurduklarını belirtmiştir (Özçelikay, 2001). Aşık ve Begginin 384 yetişkin ile yapmış oldukları başka bir çalışmada evde artık ilaç bulundurma oranı %84,25 bulunmuştur (Aşık ve Beggi, 2019).

Türkiye' de yaygın olan AOİK davranışları, hekime danışmadan eczaneden ilaç almak ve evde muhafaza edilen ilaçları kullanmak, başkalarının tavsiyesi ile ilaç kullanmak, ilaçları hekimin önerdiği dozun dışında kullanmak, tedaviyi önerilen vakitten erken kesmek, ilaçların enjeksiyon formlarını istemek ile hekime ihtiyaç yokken ilaç yazdırma isteğinde bulunmaktır (Altındiş, 2017; Erdoğan ve ark. 2015 ve Pınar, 2012). Aycan ve arkadaşlarının Ankara' da halk sağlığı merkezlerine başvuran yetişkinlerin kullanım özelliklerinin değerlendirilmesi amacıyla 1990 katılımcı ile yapmış oldukları çalışmada; katılımcıların % 78.6' sını evinde artık ilaç bulundurduğu, %62.0' sının hekim önerisi dışında ilaç kullandığı , katılımcıların %44.6' sının yakınlarının tavsiyesiyle ilaç kullandıkları bulunmuştur (Aycan ve ark., 2014).

Tedaviden fayda görülmemesi, istenmeyen ilaç etkilerinde artış, gereksiz kullanıma bağlı antibiyotik direnci, ilaçların enjeksiyon formlarının fazla ve steril olmayan biçimde kullanımına bağlı komplikasyon ve kan yoluyla bulaşan hastalık riskinde artış, uygunsuz hasta talepleri, ilaç stoklarının azalmasına bağlı ilaca erişim güçlüğü ve hastaların sağlık sistemine güveninde azalma, ilaç bağımlılığı ve ilaç maliyetinde artış görülmesi akılcı olmayan ilaç kullanımının sonuçlarıdır (WHO, 2019 ; AİK, 2019).

2.3. Akılcı İlaç Kullanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ‘ nün Kenya-Nairobi’de 1985 yılında gerçekleştirilen toplantısında ilaç kullanımı ilk kez akılcı bir çerçevede değerlendirilmiş ve akılcı ilaç kullanımı ; “ kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilacı, uygun sürede ve uygun dozda, kendilerine ve topluma en düşük maliyetle sağlayabilmeleri için uyulması gereken kurallar bütünü” olarak tanımlanmıştır (Yeniçeri, 2019; WHO, 1985).

Akılcı ilaç kullanımındaki ana yaklaşım ilacın doğru zamanda, gereken nitelikte, gerektiği ölçüde ve gerektiği şekilde, hastalığın ve hastanın durumuna bağlı olarak akılcı ve doğru kullanılması gerekliliğidir (Acar ve Yeğenoğlu, 2005). Doğru tanının konması, hastalığın seyrinin tahmin edilmesi ve belirlenmesi, tedavi amaçlarının saptanması, en uygun tedavinin seçimi, reçetenin doğru biçimde yazılması ve hasta takibi akılcı ilaç kullanımı basamaklarındandır. Bütün bu süreçte ilaç dışı tedavi seçeneklerinin hesaba katılması, ilaçlar için etkililik, uygunluk, güvenlik ve maliyet analizlerinin yapılması, risklerin minimuma indirilmesi, doğru bilgilendirme ve hasta katılımının sağlanması esastır (Casorbi ve ark., 2007) .

Uygulanan tedavinin başarılı olması uyum, doğru teşhis ve doğru tedavi kriterlerine bağlıdır. Doğru tedavi uygulayabilmek için; doğru hastaya, doğru ilacın, etkin dozda ve yeterli sürede, doğru talimatlarla verilmesi, ilacın uygun ambalaj ve saklama koşullarıyla saklanması gerekir. Bu aşamalardan herhangi birinde aksama olması ilacın sağlayacağı yararı değiştirir. İlaç tedavileri doğru kullanıldığında güvenilir ve etkilidir, aksi halde etkisiz hatta zararlı olabilir (Toklu ve Ayanoğlu, 2011). Tüm dünyada ülkelerin sağlıklı bireylerin gelişmesi için sağlık harcamaları arasında ilaçlara önemli bir pay ayrılmaktadır. Ülkemizde yapılan kamu sağlık harcamalarının %40'ını ilaçlar oluşturmaktadır. Sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturması ve kıt kaynakların daha verimli bir biçimde kullanılması açısından ilaçların akılcı kullanımının önemi büyüktür (Güdek ve ark., 2013).

Sağlık hizmeti alan bireyin bilgi eksikliği, sağlık profesyonellerindeki bilgi yetersizliği, tıp eğitimindeki sorunlar, aşırı hasta yükü, ilaca erişim imkanlarının yetersiz olması, hekim-hasta etkileşimindeki yetersizlik, yanlış teşhis, hastanın yanlış inanış ve saplantılarının olması, eczanede yanlış ilacın verilmesi, hastaların ilaç yazdırma baskıları, yasal mevzuat eksikliği ve ilaç firmalarının hizmet sunucular üzerindeki baskıları AOİK sebepleridir. Bu sebepler birbirini etkileyebilmekte ve sorunu daha da zor hale

getirebilmektedir (Ambwani ve Mathur, 2006). Bireylerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve uygulamalarının incelenmesi amacıyla Konya’da yapılan çalışmada katılımcıların % 77,3’ ü doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullandıklarını ve doktorun önerdiği süreden önce ilacı bıraktıklarını ve %84,4’ ünün ilaçları uygun saatlerde kullanmadıklarını belirtmişlerdir (Ekenler ve Koçoğlu, 2016).

İlaçların akılcı kullanılmaması gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ciddi tıbbi ve ekonomik sorun oluşturmaktadır (Laing,1990). DSÖ verileri göz önünde bulundurulduğunda, 2006 yılında tüm dünyada ilaç harcamalarına ayrılan kaynak yaklaşık 859 milyar dolardır. Küresel gayrisafi milli hasıla içinde ilaç harcamalarına ayrılan pay ortalama %1.5 iken, tüm dünyada ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı ortalama %24.9’dur (Abegunde ve ark., 2011). Türkiye’deki ilaç sektörünün önemli bir özelliği dışa bağımlı olmasıdır. Bu sebeple, ilaca harcadığımız kaynağın önemli bir bölümü yurt dışına çıkmaktadır. 1990 yılında, ithal ilaçların payı toplam pazarın % 6’sı iken 2002’de % 28 olmuştur. 2010 yılından bu yana ithal edilen ilaç miktarı 10,7 milyar lira artarak 2019 yılının haziran ayında 17,68 milyar liraya ulaşmıştır.(İEİS, 2019). Sağlık hizmetlerinde yapılmakta olan iyileştirme çalışmalarının en önemli sebebi artan sağlık harcamalarıdır. Bu sebeple sağlık hizmetlerinin finansmanı önemlidir. Sağlık harcamalarındaki artış, gereksiz kullanım ve kaynakların verimsiz kullanımından kaynaklanıyorsa öncelikle bu olumsuzlukları ortadan kaldıracak önlemlerin alınması gerekmektedir (Özdemir ve Erol 2014). Sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturması ve büyük bir bölümünün dışarı aktarılması sebebiyle kısıtlı kaynakların daha verimli bir şekilde kullanılması açısından ilaçların akılcı kullanımının önemi büyüktür (Açikel ve ark., 2009).

Akılcı ilaç kullanımının nihai amacı toplumda ilaçların yanlış kullanımı sebebiyle oluşan sosyal ve mali yükün düşürülmesi ve fizyolojik, biyolojik ve psikolojik zararların engellenebilmesidir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı, ilaçla tedavi kalitesinin düşmesine bağlı morbidite ve mortalitede artış görülmesi, maddi kaynakların yanlış tüketimine bağlı temel ilaçlara bile erişimin azalması, antibiyotiklerin aşırı kullanımı kişide antibiyotik direncinin oluşmasına ilaçların etkileşim ve yan etki gösterme riskinin artması, hastanede yatış sürelerinin uzaması ve hasta uyumunun azalması, bireylerin ilaç bağımlısı olması ve ilaç kullanma isteğinde artış görülmesi gibi psikososyal etkiler akılcı olmayan ilaç kullanımının sonuçlarındandır (WHO, 2002). Bu problemlere ek olarak çoğu ülke ilaç harcamalarında büyük artışlarla karşı karşıya kalmaktadır. İlaç harcamaların artması, ilaç maliyetlerini kontrol etmek ve bu paranın doğru harcanmasını sağlamak için çözümler

geliştirilmelidir. Akılcı ilaç kullanımının gerektirdiği kurallara uymak, olumsuz sağlık sonuçlarını önleyebilir ve büyük tasarruflara sebep olabilir (Aaserud ve ark., 2006).

DSÖ'nün akılcı ilaç kullanımını arttırmak ve akılcı olmayan ilaç kullanımının olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak için :

- 1-İlaç kullanım politikalarını düzenleyecek ve bu politikaların etkilerini izleyecek bir kurum,
2. Karar alma, eğitim, denetim evrelerinin desteklenmesine yönelik klinik teşhis ve tedavi rehberlerinden yararlanma,
3. İlk tercih edilecek tedavileri baz alan temel ilaçlar listesi oluşturma,
4. Tüm bölgelerde ve hastanelerde ilaç ve tedavi kurulları kurma,
5. Lisans mezuniyeti öncesindeki müfredat programında soruna dayalı farmakoterapi eğitimi vermeyi sağlama,
6. Hizmet içi sürekli tıp eğitimleri düzenleme,
7. Kurumsal düzlemde izleme, denetim ve geri bildirim sistemlerini geliştirme,
8. İlaçlar hakkında bağımsız (tarafsız bilgi) bilgi kaynaklarını kullanma,
9. Kamuoyunu ilaçlarla ilgili bilgilendirme,
10. Etik olmayan çeşitli mali girişimlerden sakınma,
11. Uygun ve zorunlu düzenlemeleri uygulamaya koyma,
12. İlaçların ve personellerin mevcudiyetini güvence altına almaya yönelik yeterli devlet harcamalarının sağlanması gibi önerileri vardır (WHO, 2002; Demirgil ve Şantaş, 2017).

DSÖ'nün önerileri dikkate alınarak ülkemizde 'Akılcı İlaç Kullanımı Programı' (AİK) yürütülmeye başlanmıştır. Bu bağlamda, AİK'yi destekleyecek faaliyetlerin yürütülmesi için 'Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017' hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur. Verilen ilaçların takibinin yapılması bu planın amaçlarından biridir (AİK, 2019).

DSÖ önerileri doğrultusunda oluşturulan ilaç takip sistemi ve reçete bilgi sistemi;

- √ Yurttaşların sağlığını tehdit eden sahte ilaçların satışını önler,
- √ Kaçak ilaçların satışını önler,
- √ Ambalaj ve küpür sahteciliğini önler,

- √ Ambalajı açılmış ilaçların düşme ve kırılmaya bağlı olarak kullanılamaz hale gelmesini engeller,
- √ Yan etkisi tespit edilmiş ilaçlarda tüm partinin piyasadan toplatılmasına imkân tanır,
- √ Akılcı ilaç kullanımını destekler,
- √ İlaç piyasası hakkında veri sağlar,
- √ Geri ödeme kurumları ile eczanelerin uyumsuzluklarını çözümler,
- √ Farmakovijilans yani ilaç güvenliği açısından hasta güvenliğini iyileştirir,
- √ Hastaya güven verir,
- √ ITS mobil uygulaması aracılığıyla ilaç yan etki bildirimini yapılmasını sağlar.

Yukarda belirtilenler İlaç Takip Sisteminin kazanımlarındandır.

Reçete Bilgi Sistemi'nin Hedefleri ;

- √ Akılcı İlaç Kullanımının ülkemizde yaygınlaştırılmasının sağlanması,
- √ Ülkemize ait reçete yazma verilerinin güvenilir biçimde hesaplanmasının sağlanması,
- √ Kaynakların izlenmesi ile ihtiyaçların hızlıca tespit edilmesi,
- √ Planlamaya yönelik istatistiki veri ve raporların süratli ve doğru bir şekilde alınması,
- √ Günümüzde kullanılan yazılımlar ve gelecekte geliştirilecek yazılım uygulamaları için uygun bilgi altyapısının ve veri alış veriş mekanizmasının hazırlanması,
- √ Yönetime ve diğer karar mekanizmalarına tam, doğru ve sürekli veri akışı sağlayarak söz konusu süreçlerin daha etkin bir hale getirilmesi şeklinde ifade edilmektedir (2018 Yılı idare faaliyet raporu, 2019).

2.4. Ülkemizde ve Dünyada Durum

1975'te gerçekleşen Dünya Sağlık Örgütü Toplantısı'nda "temel ilaçlar" ve "ulusal ilaç politikası" kavramlarına değinilmiştir. 1978 yılında Alma-Ata Bildirgesi'nde "temel ilaçların gerekliliği" tanımı yapılmıştır. Alma-Ata Bildirgesi ; "Temel Sağlık Hizmetleri" kavramı ve uygulamaları konusunda, bütün dünya ülkelerince imzalanmış bir "uluslararası sağlık sözleşmesi" dir. Bildirgede her ülkenin temel ilaçlar yönünden, başka ülkelere bağımlı olmadan, kendi kendine yeter duruma gelmesi gerektiği belirtilmiştir. Alma-Ata Bildirgesini imzalayan her ülke Temel Sağlık Hizmetleri görüşünü benimsediğini ve diğer bütün ülkelere önerdiğini; 133 ülke ile 67 uluslararası örgüt

temsilcisi huzurunda kabul etmiştir. Dünyadaki birçok ülkede ilaç piyasası binlerle ifade edilirken, DSÖ bir toplumun ilaç ihtiyaçlarının büyük kısmını karşılayacak yaklaşık üç yüz ilaç olduğunu belirtmektedir (Acar ve Yeğenoğlu, 2005; Alma Ata, 1978).

Temel ilaç listesi "toplumun çoğunluğunun sağlık gereksinimleri için en gerekli olan, dolayısıyla, her zaman, yeterli miktarda ve uygun doz formlarında bulunması gereken ilaçlar" olarak tanımlanmaktadır. Temel ilaçların seçimi yapılırken toplumdaki hastalıkların durumunu, halk sağlığının değişen önceliklerini, ilaçlarla ilgili bilgilerdeki değişim ve yenilikler dikkate alınmalıdır. Temel ilaç listesi, her yıl veya her gereken durumda gözden geçirilerek güncelliği sağlanan ve jenerik adlarla belirtilen ilaçların yer aldığı listedir (Fasehun, 1999).

Ülkemizde AİK ile ilgili çalışmalar Sağlık Bakanlığı bünyesinde yaklaşık 20 senedir sürdürülmektedir. 12 Ekim 2010 tarihinde İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü kurulmuş ve çalışmalara başlamıştır. Düzenleyici kurum olarak “Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu 2011 yılının kasım ayında kurulmuştur. İlk saha çalışmaları Sağlık Bakanlığı tarafından 1992 yılında başlatılmıştır (İnce, 2018). Devlet Planlama Teşkilatı tarafından 2001 yılında, “8. Beş Yıllık Kalkınma Planı, İlaç Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu” yayınlanmış ve bu raporda, akılcı ilaç kullanımının önemi ve yaygınlaştırılmasına yönelik önerilerden bahsedilmiştir (Taşdemir, 2013).

2002-2003 yılları arasında DSÖ’nün reçete yazma rehberleri ve AİK konusunda halk eğitimi kitabı gibi bazı kaynaklar Türkçeye çevrilmiştir. 2006 yılında Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından gerekli politikaların geliştirilmesi için AİK çalıştay gerçekleştirilmiş ve 2010 yılında kurulan Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü bünyesinde 81 il için AİK il temsilcileri belirlenerek faaliyetler yürütülmüştür. Okullarda, halk eğitim merkezlerinde, hastanelerde, sağlık ocaklarında yüzyüze eğitimler düzenlenmiştir. Geçmiş yıllardaki deneyimler, hekimlere verilen AİK eğitimlerinin yer, zaman ve katılım azlığı gibi çeşitli problemleri barındırdığını göstermiştir. Bu bulgular uzaktan erişimle verilecek bir AİK eğitiminin bu bakımdan yararlı olacağı düşüncesiyle SB, “Uzaktan Erişimle AİK Eğitimi” çalışma programı başlatmıştır. Günümüz teknolojisiyle oldukça örtüşen bu yeni eğitim yönteminden yalnızca hekimlere değil gelecekte daha çok bireye ulaşılabileceği düşünülmektedir (Akıcı, 2020).

2014 yılında ‘Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun Hizmet Birimlerine Bağlı Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge’ ile müdürlüğün ismi Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi olarak değiştirilmiştir. Akılcı ilaç kullanımı

ile ilgili işlemlerin planlanması ve yürütülmesinde kamu çalışanlarının ve alanında uzman akademisyenlerin görüşlerinin alındığı “AİK Bilimsel Danışma Kurulu” kurulmuş ve “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017” 81 ilde kurulan il koordinatörlükleri tarafından yürütülmüştür.

DSÖ önerileri doğrultusunda Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017: Akılcı İlaç Yapılanması ve Koordinasyonu, Hekim, Eczacı, Yardımcı Sağlık Personeli, Halk ve İlaç Sektörü başlıklarından ve toplam 99 faaliyetten oluşmaktadır. Yapılanma ve koordinasyon başlığında tüm AİK ekiplerinin yapılanması, görev ve sorumluluklarının belirlenip uluslararası kuruluşlarla iş birliği yapılması gibi faaliyetler planlanmıştır. Hekim, eczacı ve diğer sağlık personeli başlıklarında fakültelere AİK dersi eklenmesi, e-reçete sisteminin kurulması ve ilaç uygulamalarına yönelik eğitim videolarının oluşturulması çalışanlar için uzaktan ve hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi, çeşitli rehberlerin oluşturulması gibi faaliyetler yer almaktadır. Halk başlığında yer alan faaliyetler ise; çeşitli tanıtım ve eğitim seminerlerinin düzenlenmesi, çocuklar için hikaye kitapları, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Adalet Bakanlığı ve Milli Savunma Bakanlığı ile işbirliği doğrultusunda çeşitli yazılımların geliştirilmesi, oyunlar geliştirilmesi gibi hedefleri içermektedir. İlaç sektörü başlığında ise tanıtım temsilcilerinin kayıt sistemi oluşturması, güvenli ambalaj ve zaman-sıcaklık indikatörleri kullanması gibi düzenlemeler yer almaktadır. 2014-2017 yılları arasını kapsayan bu planın devamı niteliğinde ve 2018-2022 yıllarını kapsayacak şekilde “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2018-2022 “ uygulamaya konulması beklenmektedir. Hazırlanacak olan “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2018-2022” ile ilgili paydaşların görüş ve katkılarının alındığı “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2018-2022 Çalıştay” 15-16 Mart 2018 tarihlerinde düzenlenmiştir (Acar ve Yeğenoğlu, 2005; AİK, 2019 ve Ulusal Eylem Planı 2014-2017).

Ülkemizde Sağlık bakanlığı verilerine dayanarak yapılan sağlık harcamalarının 2013 yılı itibarıyla yaklaşık % 25.9’unun ilaç harcamalarına ayrıldığı, Avrupa ülkelerinde bu oranın %10-15 civarlarında, gelişmekte olan ülkelerde ise bu oranın %20-40’larda olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde Avrupa ülkelerine göre daha çok pay ayrılmasının nedenleri arasında; ilaç sanayisinde dışa bağımlılık, tedavi edici sağlık hizmetlerine daha fazla öncelik verilmesi, fazla antibiyotik kullanımı gibi nedenler olduğu düşünülmektedir. AOİK’ nın beraberinde getirdiği ekonomik boyut durumun mühim bir sağlık sorunu olduğunu vurgulamaktadır. Kıt kaynakların verimli kullanılması gereken günümüz şartlarında AİK’ na daha çok gereksinim duyulduğunu göstermektedir. İlaçların

ihyaıaıtan fazla veya yanlış kullanılması, hem hasta güvenliğini tehdit etmekte hem de kaynakların boşa harcanmasına sebep olmaktadır. Bu sebeple ilacın, koruyucu, teşhis ve tedavi edici etkilerinin yanında oluşturabileceği yan etkilerinin varlığı ve sağlık harcamalarında önemli bir payının olması gibi nedenler ilaı kullanımıında akılcı olunması gerekliliğini ortaya koyar (Altındış, 2017).

Türkiye’de de sosyal güvenlik kurumlarının yapmış olduğu harcamalarda en büyük pay ilaı harcamalarına ayrılmıştır. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (EKİÖ /OECD) 2008 raporuna göre Sağlığa ayrılan pay ABD’de % 16.4, İngiltere’de % 8.8, Türkiye’de ise % 6.1 dir. Sağlık harcamaları içinde ilaca ayrılan pay Ülkemizde toplam % 46, İngiltere’de %12.3, ABD’de ise % 12.2 olarak belirlenmiştir. Ükelere göre farklılıklar olsa dahi ilaı harcamaları, sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. OECD ülkelerinde, ilaı harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı 2010 yılı itibariyle “Norveı’te %7.3, Danimarka’ da %7.4, Hollanda’da %9.5, Amerika’da %12.9, Almanya’da %14.8, Fransa’da %16.0, İtalya’da %17.2, Meksika’da %27.1, Yunanistan’da %24,8 ve Macaristan’da %33.6’dır. OECD ortalaması ise %16.3 civarındadır” (OECD,2019) .

Bu bağlamda son yıllarda kamu sektöründe tasarruf girişimleri görölmekte, devletler maliyeti düşürme ıalışmalarına yönlendirilmektedirler. Bu önlemler arasında, “tedavi dozlarının süresinin kısaltılması, pahalı ve uzun süre kullanılan ilaıların kurum eczanelerinden verilmesi, katkı paylarının artırılması, fiyat ayarlamaları, referans ilaı kullanımı uygulaması, jenerik ilaı kullanımı ve rasyonel ilaı kullanımı gibi uygulamalar yer almaktadır. Yapılan bu uygulamalardan en önemlisi ise akılcı ilaı kullanımının yaygınlaştırılmasıdır (Yılmaztürk, 2013).

2.5. Akılcı İlaı Kullanımında Sorumlu Taraflar

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yanlış ve ihtiyaı olmaksızın kullanılan ilaılar halk sağlığını etkileyen ciddi sorunlara yol aıarlar. Akılcı olmayan ilaı kullanımı hastaların tedaviye uyuncunun azalmasına, hastalıkların tekrarlamasına ya da tedavilerinin uzamasına, beklenmeyen ilaı etkileşimlerine, ilaılara karşı direnı gelişmesine, advers olay görölme sıklılığının artmasına, tedavi maliyetlerinin artmasına neden olur. Akılcı olmayan ilaı kullanımının olumsuz etkilerini ortadan kaldırmak için sorumlu olan herkes üzerine düşen görevi yapmalıdır. Akılcı İlaı Kullanımının oluşturulması ve devam ettirilmesi konusunda farkındalığın yaratılması ve toplum

bilincinin arttırılmasında hekim, eczacı, hemşire, diğer sağlık personeli, hasta/ hasta yakını, sektör, düzenleyici otorite, meslek örgütleri ve diğer (Medya, Akademi vb.) gruplar sorumluluk sahibi taraflar olarak sayılabilir. AİK konusunda tüm sağlık çalışanlarının üstüne düşen görevi yapmaları gerekmektedir (AİK ., 2019; Balıkçı ve ark., 2011; Hogerzeil ve ark., 2001).

Akılcı ilaç kullanımının üç ayağı vardır:

1. Düzenleyici ve denetleyici mekanizmalar; sivil toplum kuruluşları, geri ödeme kurumu ve devlet
2. Arz ayağı; hekimler, eczacılar ve ilaç endüstrisi
3. Talep ayağı; tüketiciler (hastalar). (Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştay Raporu, 2006).

AİK konusunda dünyada ve ülkemizde belli bir yol kat edilse de akılcı olmayan ilaç kullanımı ve beraberinde getirdiği sorunlar devam etmektedir. Yaygın ve örgün eğitimler ile toplumun akılcı ilaç kullanımı hakkında bilinçlendirilmesi gereklidir. Eğitimler sürekli ve gündelik hayata uygun olmalıdır. Eğitimin yanı sıra, kazanılan tutum ve davranışların korunması ve desteklenmesi için gerekli idari düzenlemeler yapılmalıdır. İlaç politikaları bu yönde şekillendirilmelidir. Akılcı ilaç kullanımı ve ilaçlardan sağlanacak en yüksek faydanın bu sayede mümkün olacağı söylenebilir (Aydın ve Gelal, 2012).

2.5.2. Medyanın sorumluluğu

Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017 doğrultusunda yapılan faaliyetler arasında bilgi paylaşımının yapılması ve toplumun bilinçlendirilmesi için web sitelerinin ve sosyal medyanın etkin kullanımının sağlanması yer almaktadır. Plan kapsamında yapılan eğitim ve değerlendirme toplantıları facebook, twitter, youtube ve instagram hesaplarından duyurulmaktadır. www.akilciilac.gov.tr ve www.titck.gov.tr web adreslerinde akılcı ilaç kullanımı, dikkat edilmesi gerekenler, akılcı antibiyotik kullanımı, bilinçli ağrı kesici ve asetilsalisilik asit kullanımı, inhaler ilaç kullanımına yönelik bilgilendirmeler, çeşitli sunum ve broşürlerin yanısıra akılcı ilaç kullanımı konusunda hazırlanan “Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni” 2014 yılı ekim ayı itibariyle aylık olarak yayınlanmaktadır (Yavuzer ve Bayrak, 2018; Ulusal Eylem Planı 2014-2017).

2.5.3 Hekimin sorumluluğu

Hekimler reçete yazma yetkileri sebebiyle akılcı ilaç kullanımında önemli role sahiptir. Hastaların kullanacakları ilaç seçiminden, ilaçla ilgili tüm bilgilerin hastaya aktarılmasına kadar “bilirkişi” olarak görevlendirilmektedirler. Hekimin; hastanın tedavisine en uygun ilacın etkililik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet yönünden değerlendirilmesi, etkinliği kanıtlanmış bir tedavi seçilmesi, hastalığın doğru tanınması ve tedavi amaçlarını belirlemesi, ilacın kullanım şekli ve süresi dahil ilaca dair tüm bilginin hastaya anlatılması ve hastanın aydınlatılması, tedavi süresince hastanın incelenmesi, doğru reçeteleme yapılması gibi akılcı ilaç kullanımını teşvik edici sorumlulukları vardır (Alkan ve ark., 2011; Hogerzeil ve ark.,2001)

2.5.4. Eczacının sorumluluğu

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) eczacıları, ilaçların güvenli ve etkili kullanımı için gerekli kaynaklar olarak tanır. Eczacıların akılcı ilaç kullanımına önem vermesinin; hasta yaşam kalitesinde artış, azalan ilaç hataları ve azalan advers ilaç olayları faydaları vardır. Hastaların ilaçlarını güvenli bir şekilde almalarını sağlamak, ilaçların kullanımına yönelik formların hazırlanması ve her hastaya özel ilaç önerilerinde bulunma, ilaçların satın alınması, sağlanması, personel-hasta eğitimi ve araştırma geliştirme, ilaçları doğru biçimde hastaya verme, ilaç izleme kartlarının tutulması ve hastanın ilaç kullanımının takibi, klinik yönden önemli olan ilaç etkileşimlerinin hekime bildirilmesi, hastalara sağlık sorunlarına ilişkin danışmanlık hizmeti verme, hastalara ve hasta yakınlarına ilaçlara ve sağlık araç-gereçlerine ilişkin eğitim verme hizmetlerini yerine getirme, advers etkilerin sistematik bir şekilde izlenmesi, değerlendirilmesi ve kayıt altına alınması, ilaçların hastanın ihtiyacıyla uyumlu olmasını sağlama, ilaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili olumsuzluklara karşı hasta ve toplum bilinci oluşturulmasının sağlanması ve yaşanan sorunların çözümünde aktif görev almak eczacının sorumlulukları arasındadır (Barojek and Kryzaniak, 2017; Erdil, 2009; WHO, 1994; 28970 sayılı resmi gazete).

2.5.6. Hasta ve yakınının sorumlulukları

AİK' nın talep ayağında en önemli rol hasta ve hasta yakınlarına düşmektedir. Ülkemizde başkalarına ilaç önerme, tavsiye üzerine ilaç kullanma ve hekime danışmadan ilaç kullanma, evde bulunan artık ilaçları tekrar kullanma, hasta uyumu açısından akılcı ilaç kullanımında sık karşılaşılan problemlerdir. Teşhisin koyulmasına yardımcı olma, ilaçların önerilen sürede ve önerilen dozda kullanılması, artık ilaçların uygun şekilde imha edilmesi, başkalarının önerdiği ilacı kullanmama ve başkalarına ilaç önermeme, ilaçları uygun koşullarda saklama, hasta ve yakınlarının sorumlulukları arasındadır (Akkurt, 2016).

2.5.8. Devletin sorumluluğu

Toplumun ve sağlık çalışanlarının probleme dayalı eğitim ve hizmet içi eğitimlerinin sağlanması ve geliştirilmesi, ilaç ile ilgili yasal düzenlemeler yapan otoritelerin oluşturulması, ilgili sağlık faaliyetlerinin etkin şekilde yürütülmesinin ve yönetilmesinin sağlanması, personel eksikliğinden kaynaklanacak olumsuzlukların önlenmesi sebebiyle personel sayısının artırılması, yurtdışı kurum ve kuruluşlar ile ortak çalışmaların yürütülmesinin sağlanması, raporlanması ve yayımlanması, hastanelerdeki ilaç kullanımının izlenmesi, etik ilkelere dayalı finansal destek sağlanması, sağlık ve ilaç politikalarını belirlemek, ilaçların dağıtımını, uygulanmasını, reçetelendirilmesi ve satışının nasıl olacağını belirlemek ve gerekli mevzuatların çıkarılmasını sağlamak devletin ilgili kurumlarının sorumluluğudur (Aykan ve Ergun, 2019; Ulusal Eylem Planı, 2014-2017).

2.5.7. Hemşirelerin sorumlulukları

Akılcı ilaç kullanım konusunda başarılı bir iyileşme ve gelişme sağlanması için hemşirelerin önemli rolleri göz ardı edilmemelidir. Özellikle riskli grupların gerekli bilgi ve becerilerini geliştirmelerinde hemşirelerin etkin rol aldığı bilinmelidir. Hemşireler tarafından hastalara, bir ilaç ve doz programı, yan etkilerin listesi, sözlü talimat ve telefonla takip sağlandığı takdirde bilgi ve uyumda önemli farklılıklar sağlandığı görülmüştür (Griffiths ve ark., 2004).

Günümüzde gelişimini sürdürmeye devam eden hemşirelik; insanı tanımayı ve insanın yaşam süreci boyunca denediği sağlık/hastalık durumlarında gereksinim duyduğu bakım ve uygulamaları gerçekleştirmektedir. Günün büyük bir bölümünde hasta ve hasta

yakınları ile yakın bir ilişki içinde olan hemşirelerin tutum ve davranışları, sağlık bakımının etkin olmasının yanı sıra hizmetlerin kalitesi bakımından da önem taşımaktadır. İlaçların güvenli bir şekilde kullanılmasını sağlamak hemşirelerin en önemli sorumlulukları arasındadır. İlaçların hastalara uygulanmasından sorumlu kişiler hemşirelerdir. İlaçların etkisini veya yan etkisini gözlemleyen ve ortaya çıkan herhangi bir olumsuz bir durumda hastayı ilk değerlendiren ve hekime bilgi veren hemşireler; kullanılan ilaçların etkisini, yan etkisini, uygulama şeklini ve diğer ilaçlarla etkileşimini değerlendirerek; doğru ilacı, doğru dozda, doğru zamanda, doğru kişiye, doğru yoldan uygulayarak ‘8 doğru ilkesi’ ne uymalıdır (Balcı ve Şahingöz, 2013; Kurtulmuş, 1998).

Hemşire ilaçların yapısını, lokal ve sistemik etkisini, veriliş sebebini, ön görülen etkinin ve aşırı doz veya toksik birikmenin belirtilerini, hastanın ilaca karşı olan özel durumunu, ilaçların etki ve dozunu değiştiren etmenleri, ayrıca ilaçların hazırlanmasında kullanılan ölçme yöntemlerini bilmelidir ve bu bilgileri dikkate alarak hastanın kullandığı ilaçlarla ilgili verdiği bilgileri dinleyip yazılı ve sözel rapor etmeli ve hastasına; ilaçların hazırlanma ve kullanılma biçimlerini, bazı ilaçların hastada yapabileceği değişiklikleri, hekim tavsiyesi dışında ilaç kullanmanın tehlikelerini, hastaneden çıktıktan sonra, evde ilaç kullanılacaksa bu ilaçların nasıl kullanılacağı konusunda bilgilendirmelidir (Atabek ve ark., 1996).

2010 yılında yayımlanan hemşirelik yönetmeliğinin 6. Maddesinin c, ç, d ve e bendinde ilaç uygulamaları ile ilgili görev ve sorumluluklar şu şekilde ifade edilmiştir. Bunlar :“c)Tıbbî tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygular, hastada beklenmeyen veya ani gelişen durumlar ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında hekimin şifahi tıbbi istemini kabul eder. Bu süreçte hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır. ç) Hastaya lüzumu halinde uygulanmak üzere hekim tarafından reçete edilen tıbbî talepleri bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirir. d) Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin hizmetten faydalanana zarar vereceğini öngördüğü durumlarda, hekim ile durumu görüşür, hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular. e) Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.” Yönetmeliğin 10. Maddesinde sorumlu hemşirenin görevi b bendinde “ b) Hastaların tedavi planlarının güvenli bir şekilde uygulanmasını, eczane

tarafından kliniğe gönderilen ilaçların güvenli bir şekilde kullanımını ve korunmasını sağlar.” (27515 sayılı resmi gazete, 2010).

2010 yılında resmi gazetede yayınlanan 27515 sayılı mevzuatta hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yasal sorumlulukları ayrıntılı bir şekilde tanımlanmamıştır (Durna ve Kuş, 2016). 2011 yılında çalışılan alanlara göre hemşirelerin görev, yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi hususunda yayınlanan hemşirelik yönetmeliğinde akılcı ilaç kullanımı görevleri daha ayrıntılı biçimde belirtilmiştir. Yenidoğan hemşiresinin tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılması görev tanımının c bendinde “c) İlaç uygulamalarını yapar, ilaçların etkisi ve yan etkisi yönünden gözler, istenmeyen bir etki görüldüğünde uygun girişimlerde bulunur.”, çocuk ve adolesan psikiyatrisi hemşiresinin eğitim ve danışmanlık görev tanımının ç bendinde “ç) çocuk/ergen ve ailesine; ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlar, uygular, eğitimin etkinliğini değerlendirir.” onkoloji hemşiresinin hemşirelik bakımı görev tanımının f bendinde “f) kemoterapi uygulamadan önce ilaç almayı engelleyecek durumlar (enfeksiyon, kilo kaybı, toksisite, ilaçların yan etkisi vb.) yönünden hastayı değerlendirir. Kemoterapi alması planlanan hastanın kemoterapi protokolünün uygunluğunu (doz, ilaç verilme yolu, tedavi şeması vb.) değerlendirir ve hastaya bilgi verir” yapılan değişikliklerdendir (27515 sayılı resmi gazete, 2011).

Akılcı ilaç kullanımını arttırmak için hemşirelerin uygulayıcı, araştırmacı, eğitici, yönetici ve profesyonellik rollerini etkin bir biçimde kullanması oldukça önemlidir. Akılcı olmayan ilaç kullanımının önlenmesinde hemşireler tarafından uygulanması uygun olan girişimler şu şekildedir: Hastaya reçete edilen ilaçlar ekipteki diğer sağlık profesyonelleri (hekim, eczacı) ile birlikte düzenlenmelidir, hastaya ilaç kullanımı eğitimi verilmelidir; ilaçları nasıl, ne zaman, ne sıklıkta, ne kadar süre, hangi miktarda alacağı, ilacı almayı unuttuğunda neler yapması gerektiği, her ilacın verilme nedenine uygun kullanılması gerekliliği, bitkisel ürünler ve zararlı alışkanlıkların ilaç üzerindeki etkileri, hangi durumlarda ilaçlarını kullanmayı kesmesi gerektiği, ilacı kullanırken oluşabilecek yan etkiler hakkında bilgi verilmeli, yan etki görüldüğü takdirde yapması gerekenler anlatılmalıdır, İlaç besin ve ilaç ilaç etkileşimleri hastanın anlayacağı bir dil ile anlatılmalıdır. Hastanın tedavisi düzenli olarak kontrol edilmeli endikasyonsuz ilaçlar tespit edilip gereksinimi olmayan ilaçlar ekiple birlikte tedaviden çıkarılmalıdır ve hasta bilgileri ayrıntılı bir şekilde sorgulanıp not alınmalıdır. Başkalarına ilaç önermenin, şuarsuz ve reçetesiz ilaç kullanmanın oluşturacağı zararlar açıklanmalıdır. IV, IM ve SC uygulanacak ilaçlar komplikasyon açısından gözlenmelidir ve gereksiz

uygulanmamalıdır. Oral yol ile ilaç uygulaması sırasında hastaya ilacı aspire etmemesi için uygun pozisyon verilmeli ve hastanın ilacı yuttuğundan emin olunmalıdır. İlaçları kullanmadan önce son kullanım tarihleri kontrol edilmelidir. İlaçlar açlık tokluk durumları dikkate alınarak uygulanmalıdır. Hastaların yeterli ve dengeli beslenmeleri sağlanmalıdır (Aksu ve Karakovan, 2010; Cengiz, 2018; Cihangiroğlu ve Uzuntarla, 2016; Gutierrez 2003; Eşer ve Gürol, 2005).

2.6. Riskli Gruplarda Akılcı İlaç Kullanımı

Akılcı olmayan ilaç kullanımı yaş, hasta uyumu, eğitim, aile ve arkadaş desteği, hastalık belirtileri, ilaç kullanım süresi ve formu, hastanın tedaviye inancı, kronik hastalık gibi faktörlerden etkilenmektedir (Akıcı ve ark., 2010). Yaşlılar, gebeler, kronik rahatsızlığı olanlar, engelli bireyler ve çocukların içerisinde bulunduğu riskli gruplarda ilaçların emilimi, dağılımı, dönüşümü, vücuttan atılması ve vücudun biyolojik, fizyolojik, biyokimyasal ve patolojik etkilerinde çeşitli değişiklikler görülmektedir (Gökçe Kutsal, 2006; Sarıgöl, 2017).

Bir ilacın normal dozlarda, profilaksi ya da tedavi amacı ile kullanıldığında ortaya çıkan beklenmedik ve zararlı etkiye ilaç yan etkisi adı verilmektedir. Yaşlı grupta önlenebilen sağlık sorunları arasında ilaç yan etkileri 5. sırada yer almaktadır. Kalp yetmezliği, meme kanseri, hipertansiyon ve pnömoni ilk 4 sebeptir (Özdemir ve Özer, 2009).

Yapılan çalışmalar yaşlılarda 4 veya daha fazla ilacın birlikte alınması olarak tanımlanan (Aronson ve Ferner, 2006) çoklu ilaç kullanımının (polifarmasi) ve ilaç etkileşimlerinin yüksek oranlarda olduğunu göstermektedir (Bahat ve ark., 2015).

Gijsen ve arkadaşlarının Hollanda da geriatric popülasyonda ilaç etkileşimlerini belirlemek amacıyla yaş ortalaması 81 olan 807 hasta ile yaptıkları çalışmada 674 (% 44.5) hastanın birden fazla ilaç kullandığı ve 398 'inde (%49.3) en az bir kez ilaç etkileşimi olduğu saptanmıştır (Beijnen ve ark., 2008).

Yaşlılarda akılcı olmayan ilaç kullanımına sebep olan görme, tutma, kavrama, bilinç sorunları gibi problemler ile sık karşılaşılabilir. Bu problemlerin de etkisiyle, yaşlı hastaların ilaç tedavisine uyumu zorlaşır. Hastanın ilaç prospektüsünü okuyamaması, ilaç şişesinin kapağını açamaması, ilacını alma saatini ve hangi ilacını alacağını unutması, ilacını fazla ya da eksik alması gibi sorunlar yaşanabilir. Bu hassas dönemde hastaların

var olan sorunlarına yenilerinin eklenmemesi, tedavilerinin başarıyla yürütülmesi amacıyla akılcı davranılması gerekir (Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı 44-47).

Yaşlılarda akılcı olmayan ilaç kullanımı sebebiyle hastaneye yatma ve bununla birlikte sosyal ve ekonomik sorunlar oluşmaktadır. Oluşan sosyal ve ekonomik sorunlardan sorumlu tutulan ve akılcı ilaç kullanımını etkileyen üç faktör vardır:

1. Kullanılan ilaçların yan etkileri (Çok sayıda ilacın bir arada kullanılması, birkaç hastalığın bir arada olması, reçete ile verilen ilaç tipleri, hastalığın şiddeti, organlarda oluşan değişikliklere bağlı olarak ilaç etkilerinin de farklılaşması) ,
2. Birden fazla ilacın birlikte kullanımına bağlı olarak ilaçların birbirinin etkisini artırması veya engellemesi,
3. Kullanılan ilaçların mevcut hastalıkları tetiklemesidir.

Yaşlı bireylerde sık yapılan AOİK davranışları; hastanın farklı doktorlara giderek birden fazla reçete yazdırması, hasta veya doktorların gereksiz ve çok sayıda ilaç yazma eğilimlerinin olması, tanı yerine belirtiyeye yönelik ilaç kullanılması, doktorların eski ilacı kesip yeni ilaca başlama eğilimi, çok sayıda reçetesiz ilaç satılması ve hekime danışmadan ilaç kullanılması olarak sıralanabilir. Yaşlı grupta çoklu ilaç kullanılması; ilaçların yan etkilerinde artışı, hasta uyuncunda bozulmayı, yaşam kalitesinde azalmayı ve maliyetin artmayı beraberinde getirir. (Gökçe Kutsal, 2006).

Doğu Karadeniz Bölgesindeki bir şehir merkezine bağlı Aile Sağlığı Merkezine (ASM) başvuran yaşlıların ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum davranışlarını değerlendirmek amacıyla 165 yaşlı ile yapılan çalışmada katılımcıların, %52.9'u üç veya daha fazla ilaç kullandığını belirtmiştir (Demirbağ ve Timur, 2012).

Gebelik ve emzirme döneminde ilaç tedavisi sürecinde hem annenin hem de bebeğin sağlığı dikkate alınmalıdır. Anne karnındaki bebeğe anneden ilaç geçişi birçok ilaç için son derece kolaydır. İlaçların bebeğe anne sütüyle geçiş olasılığı olduğundan ve yapılacak en ufak hatanın dahi bebeğin tüm yaşamını olumsuz etkileyebileceği göz önünde bulundurularak ilaçların kontrollü bir şekilde uygulanması gerekir (Kayhan Tetik ve Tekinemre, 2017).

Kronik hastalığa sahip olan bir diğer riskli grup üyesi kişiler hastalığın tedavi süresinin uzun olduğunu bilerek sabırlı davranmalıdır. İlaçlarını hekimin önerdiği şekilde, doğru doz ve sürede almalıdırlar. Kontrollerine zamanında gitmeli, ilaçlarının ne kadar kaldığını takip etmeli, tedavilerini aksatmamalıdırlar. Kronik hastalar için ilaçlar arası etkileşim riskini arttırabilmesi sebebiyle hekime danışmadan ilaç kullanmaması

gerekliliği daha da önemlidir. Mevcut kronik hastalığı dışında bir sağlık sorunu yaşadığında, hekimini s¼rekli kullandığı ilaçlar konusunda mutlaka bilgilendirmelidir. Eczacının hastanın hastalığını, kullandığı ilaçları bilmesi sebebiyle m¼mk¼nse ilaçlarını aynı eczanedan almaya çalışmalısıdır, hastaların kendi enjeksiyonlarını kendileri yapacağı durumlarda (ins¼lin enjeksiyonu gibi), sağlık personelinin öğrettiği kurallara uymalı ve farklı bir uygulamada bulunmamalıdır (Akıcı ve Kalaça,2013). Cihangiroğlu ve arkadaşlarının kardioloji servisinde tedavi g¼ren hastaların akılcı ilaç kullanımına y¼nelik tutumlarının ölç¼lmesi amacıyla kronik veya doğumsal kalp hastalarından oluşan 121 hasta ile gerçekteşirmiş oldukları çalışmada; katılımcıların %49, 6' sının aile bireylerinin tedavi sonrası artan ilaçlarını gerektiği zaman tekrar kullanmak üzere saklarını cevabını verdiği, %27,3'¼n¼n hekime muayene olmadan ilaç kullandığı, %31,42'sinin komşularının veya yakınlarının tavsiyesi ile ilaç kullandıkları, hastaların %93,4'¼n¼n hekime giderken daha önce kullandıkları ilaçlar ve varsa kronik hastalıklarına ilişkin raporlar hakkında hekimi bilgilendirdiği belirlenmiştir (Cihangiroğlu ve ark, 2015).

2.6.1. Çocuklarda Akılcı İlaç Kullanımı

Çocuklarda ilaç uygulamaları yetişkinlerden farklıdır ve birçok sorumluluğu beraberinde getirir. İlaç uygulama s¼reci ilacın reçetelenmesi, talebin hemşire tarafından alınması, ilacın hazırlanması ve hasta bireye ulaştırılması ve ilacın uygulanması şeklinde 4 evreden oluşur. Bu evrelerin birinde yapılan hata, ilaç uygulama hatası olarak tanımlanmaktadır. İlaç uygulama hataları akılcı olmayan ilaç kullanımını beraberinde getirir ve iřg¼c¼, kaynak hatta can kaybı ile sonuçlanabilir (Arslan ve Uzun 2008; Sever, 1999).

2015 ve 2016 yıllarında 1-4 yaş arası öl¼m nedenleri incelendiğinde yaralanma ve zehirlenmelerin ilk sırada olduğu g¼r¼lmektedir ve bunu izleyen sebeplerde bağışıklamadan kaynaklanan eksiklikler, ebeveyn eğitimsizliği, yanlış tedavi ve yanlış bilgi akılcı ilaç kullanımı ile önlenebilecek birçok sebep bulunmaktadır (Altınkaynak ve ark., 1991; TUSEB, 2019).

Artık ilaçlar ekonomik problemlerin dışında özellikle çocuklarda zehirlenmeler açasından risk taşır. Büyük çoğunluğu 5 yaş altında olduğu bilinen ilaç zehirlenmeleri her yaştan insanda g¼r¼lebilir. ABD'de "American Toxic Exposure Surveillance System" in 1998 yılı verileri göz ön¼ne alındığında, yılda yaklaşık 2.2 milyon kişinin zehirlendiği ve

bunların 1.5 milyonunun çocuk olduğu belirtilmektedir (Caravati ve ark., 1998). Çocuklardaki ilaç zehirlenmelerini önlemek için ebeveynlerin ilaçların uygun saklama koşulları ve çocukların erişemeyecekleri yerlerde saklanmaları konusunda eğitim ihtiyacı vardır (Açıkel ve ark., 2009). Türkiye genelinde zehirlenme nedenlerinin %43.4 ünün ilaç kaynaklı olduğu bilinmektedir. Zehirlenmeler tüm dünyada özellikle çocukluk yaşlarda, sıkça görülmeye devam eden önemli bir problemdir. Zehirlenmenin tedavisinde gelişmeler olmakla birlikte, bu problemin çözümünde çok daha geçerli olan bir yöntem zehirlenmelere karşı koruyucu önlemlerin alınmasıdır. Bu önlemler akılcı ilaç kullanımı kurallarına uyulması ile alınır (Açıkel ve ark.,2009; Aji ve İlter, 1998 ve Başer ,2009).

Prospektüs bilgisinin yetersiz olması, dozaj formlarının yetersiz olması, klinik çalışmalardan elde edilen etkinlik ve güvenilirlik verilerinin yetersiz olması, primer etkinlik parametrelerinin yaş grupları için belirlenmemiş olması, hastalığın süresi, yaş grupları ve olgunlaşma sürecinin dikkate alınmaması, oral süspansiyonların geliştirilmemiş olması, tablet ve kapsül boyutlarının pediatrik hastalar için uygun boyutlara getirilmemesi pediatrik hastalardaki başlıca akılcı olmayan ilaç kullanım sebeplerindedir (Baktır ve Pala, 2020) .

Bu sorunların önlenmesinde ve tedavi boyunca dikkat edilmesi gereken önemli bilgiler şunlardır:

- İlaç hesaplamaları kişiye, hastanın kilosuna, vücut yüzeyine, hastalığına göre değişebilir. Dolayısıyla gelişebilecek problemlerden kaçınmak için doktora danışmadan ilaç alınmamalı, hekimin önerdiği tedavi dışında alternatif tedavilere başvurulmamalı ve doktorun önerdiği dozda doktorun bilgisi olmadan değişikliğe gidilmemelidir.

- İlaçlar çocukların ulaşamayacakları yerlerde saklanmalıdır.
- Çocukların derileri erişkinlere oranla daha geçirgendir. Cilde uygulanan krem, pomat vb. ilaçlar uygulanırken daha kolay emilebilmesi sebebiyle dikkatli olunmalıdır.

- Çocuklarda göze uygulanan damlalar kullanılırken daha fazla dikkat edilmelidir. Yanlış kullanım sebebiyle sadece göze etki etmesi beklenen bir ilaç farklı sorunlara yol açabilir.

- Çocuklara tedavi öncesinde basit bir dille açıklama yapılmalı ve çocuk sakinleştirildikten ve korkusu giderildikten sonra tedavisinin yapılmasına dikkat edilmelidir.

- Bebeklik döneminde, şurup formundaki ilaçlar enjektöre çekilerek ağzın arka kısmından yavaş yavaş verilmeli, hekimin önerisi olmadan mama, meyve suyu ve yiyeceklerle karıştırılmamalıdır.

- Çocuklara ilaç verirken kararlı olunmalı, ağrı ve ilacın tadı konusunda dürüst olunmalıdır.
- İlaç hazırlığı çocuktan uzak bir yerde yapılmalıdır ve uygulama sonrası artık maddeler uygun ve hızlı bir şekilde imha edilmelidir.
- Çocuk, oluşabilecek yan etkiler açısından uygulama sonrası takip edilmelidir (Akıcı ve Kalaça, 2013; Başbakkal ve ark., 2013).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, bir ilkokulda öğrenim gören öğrencilerin ebeveynlerinin akılcı ilaç kullanım tutumlarını değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirildi.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırmanın yapıldığı ilkokulda anasınıfı, 1, 2, 3, 4. sınıf ve hafif zihinsel engelli öğrenciler için özel eğitim veren sınıflar bulunmaktadır. Okulda toplam 22 derslik, 1 kütüphane ve 1 konferans salonu vardır. 53 öğretmenin görev yaptığı okulda anasınıfı öğrencileri, birinci ve ikinci sınıf öğrencileri gündüz, üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencileri öğleden sonra eğitim görmektedirler. Okulda revir bulunmamaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini çalışmanın yapıldığı okula devam etmekte olan 0-12 yaş çocuğu olan 1038 ebeveyn oluşturmaktadır. Örneklem seçimi yapılmadan, çalışmaya gönüllü olan ve 0-12 yaşları arasında çocuğu bulunan tüm ebeveynler (bir çocuk için bir ebeveyn) örnekleme alınmıştır. Ebeveynlerin okulda öğrenci olan çocukları dışında 0-5 yaş aralığında çocukları da bulunmaktadır. Okulda bulunan sınıflar ve öğrenci sayıları Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Okuldaki sınıf ve öğrenci sayısının dağılımı

SINIF	SINIF SAYISI	ÖĞRENCİ SAYISI
Anasınıfı	6	138
1. sınıf	9	247
2. sınıf	9	247
3. sınıf	9	227
4. sınıf	10	220
Hafif zihinsel engelliler sınıfı	2	4
Toplam	22	1038

Çalışmada her çocuğun ebeveynine (anne ya da baba) bir anket uygulandı. Araştırmaya 603 anne, 117 baba ve 153 anne-baba dışında çocuğun bakımıyla ilgilenen 873 ebeveyn katıldı. Eksik doldurulan 154 anket çalışma dışı bırakılarak toplamda 719 ebeveyn ile çalışma tamamlandı. Evrenin % 69.2' sine ulaşıldı.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkeni akılcı ilaç kullanım tutumu, bağımsız değişkenleri sosyo-demografik (ebeveyn eğitim seviyesi, ebeveynlerin yaşı, sosyo-ekonomik durum, en uzun süre yaşanan yer, çocuk sayısı...) ve diğer tanıtıcı bilgiler (kronik hastalık durumu, sürekli kullanılan ilaç varlığı, daha önce akılcı ilaç kullanımını eğitimi alma durumu, hastalık durumunda başvuru alan yer ...) olarak belirlendi.

3.5. Verilerin Toplanması

Araştırma verileri 29 Mayıs - 20 Haziran / 2019 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın yapıldığı okulun öğretmenlerine bilgi verilerek, her bir sınıfın öğrenci sayısı kadar veri toplama formu ve yazılı onam formu öğretmenler aracılığıyla ebeveynlere ulaştırılmıştır. Ebeveynler tarafından doldurulan anketler pazartesi 08.00-12.00 ve çarşamba 12.00-16.00 saat aralığında sınıf öğretmenlerinden teslim alınmıştır. Eksik doldurulan anketler çalışma dışı bırakılmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacı tarafından geliştirilen Tanıtıcı Özellikler Formu ve e-posta yoluyla (EK-1) izin alınan ve Çelebi tarafından geliştirilen Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği aracılığıyla toplanmıştır (Çelebi, 2018).

3.6.1. Tanıtıcı Özellikler Formu

Literatürden yararlanarak hazırlanan tanıtıcı özellikler formuna, araştırmaya alınmayan 14 ebeveyn ön uygulaması yapıldıktan sonra ve gerekli düzenlemelerden sonra son şekli verilmiştir. Tanıtıcı Özellikler Formu iki bölüm ve 20 sorudan oluşmaktadır (Akıcı ve

ark, 2015; Aksoy ve Çiftçi, 2017; Çakır, 2019; Can ve ark, 2012; Fidancı ve ark, 2016; Çelebi, 2018).

- Ebeveyn tanıtıcı bilgileri bölümünde 12 soru bulunmaktadır. Ebeveynin yakınlık durumu, yaşı, en uzun süre yaşadığı yer, sosyoekonomik durumu, medeni durumu, eğitim düzeyi, mesleği, sürekli kullandığı ilaçlar, tanısı konulmuş hastalık durumu, akılcı ilaç kullanımı eğitimi alma durumu soruları yer almaktadır.
- Çocuk tanıtıcı bilgileri bölümünde 8 soru bulunmaktadır. Çocuk sayısı, çocuk yaşı, çocuk cinsiyeti, çocuk hastalandığında başvuru yapılan sağlık merkezi, reçetesiz ilaç kullanma durumu, çocuğun tanısı konulmuş hastalık durumu soruları yer almaktadır.

3.6.2. Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği

Arzu Çelebi tarafından 2018 yılında, akılcı ilaç kullanımına yönelik ebeveyn tutumunun belirlenmesi amacıyla geliştirilen AİKİYETÖ; toplam 40 madde, Doğru ve Bilinçli Kullanım (29 madde) ile Etkili ve Güvenli Kullanım (11 madde) olmak üzere 2 alt boyut vardır. Ölçekten alınabilecek puanlar “Doğru ve Bilinçli Kullanım” alt boyutu için 29-145 arasında, “Etkili ve Güvenli Kullanım” alt boyutu için 11-55 arasında ölçek toplamı için 40 - 200 arasındadır. Ölçekten alınan puan yükseldikçe ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik tutumları olumlu olarak değerlendirilmektedir. Ölçek puanlamasında 5’li likert tipi derecelendirme kullanılmaktadır. Katılımcılar ölçekte yer alan ifadeler için kendilerine göre en uygun olan seçeneği 5’li likert tipi ölçekte (“1=kesinlikle katılmıyorum”, “2=katılmıyorum”, “3=kararsızım”, “4=katılıyorum” ve “5=tamamen katılıyorum”) işaretlemektedir. Ölçekte 28 olumlu, 12 olumsuz tutum içeren madde bulunmaktadır. Puanlama olumlu maddeler (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29) için 5’ den 1’e doğru yapılmaktadır. Olumsuz ifadeler içeren maddeler (16, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40.) ters puanlanmaktadır (1’den 5’e doğru).

Çelebi tarafından geliştirilen AİKİYETÖ’ nün iç tutarlılık kat sayısı ölçek toplamı için 0.887, doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu için 0.894, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu için 0.771 bulunmuştur. Bu çalışmada ölçeğin tamamının iç tutarlılık katsayısı 0.91, “Doğru ve Bilinçli Kullanım” alt boyutu iç tutarlılık katsayısı 0.94, “Etkili ve Güvenli Kullanım” alt boyutu iç tutarlılık katsayısı 0.83 bulunmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS 22.0 istatistik programında değerlendirilmiş, araştırmanın amacına uygun analizler yapılmıştır. Ölçeğin çarpıklık ve basıklık değerlerinin -2 ve +2 aralığında olduğu tespit edilmiştir ve normal dağılım gösterdiği bulunmuştur (Serin, 2010: 245).

Katılımcıların demografik dağılımlarını belirlemek için frekans ve yüzde hesaplamaları yapıldı. Birbirinden bağımsız iki grup arasında aritmetik ortalama durumlarına göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını ortaya koymak amacıyla Independent Sample T testi kullanıldı. Birbirinden bağımsız ikiden fazla grubun aritmetik ortalamaya göre anlamlı bir farklılığın olup olmadığını ortaya koymak amacıyla ise tek yönlü varyans analizi, (One Way Anova) kullanıldı. Birbirinden bağımsız ikiden fazla değişkeni olan gruplarda anlamlı fark olan değişkeni belirlemek için Hochberg, Games Howell, Gabriel ileri analiz yöntemleri kullanıldı. Normal dağılım göstermeyen gruplar arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını belirlemek için Man Whitney U testi kullanıldı. Elde edilen bulguların anlamlılık seviyesi, güven aralığı ($p < 0.05$) kabul edildi (George and Mallery, 2003; Serin, 2010).

3.8. Araştırmanın Etik Boyutu

Ölçeği geliştiren yazardan e-posta yoluyla izin e maili (Ek-1), Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 26.04.2019 tarihli ve 61351342 -247 sayılı Etik Kurul Onayı (Ek- 2), İstanbul İl Milli Eğitim Müdürlüğünden 28.05.2019 tarihli ve 10522301 sayılı kurum izni alındı (Ek-3). Çalışmaya katılanlar için araştırmacı tarafından çalışmanın konusunu ve amacını, kişisel verilerin kullanımını ve araştırmacının iletişim bilgilerini içeren bir Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek-4) uygulandı.

4.BULGULAR

Bu bölümde, ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı, ebeveynlerin çocuklarına ilişkin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı, ebeveynlerin AİKİYETÖ ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı, ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerine göre AİKİYETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Tablo 2: Ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

		N	%
<i>Yakınlık</i>	Anne	595	82.8
	Baba	111	15.4
	Diğer	13	1.8
<i>Yaş</i>	20-29	38	5.3
	30-39	397	55.2
	40-49	276	38.4
	50-59	8	1.1
<i>En uzun süre yaşanan yer</i>	Şehir	596	82.9
	İlçe	67	9.3
	Köy	56	7.8
<i>Aile Tipi</i>	Çekirdek	543	75.5
	Geniş	176	24.5
<i>Gelir Düzeyi</i>	Geliri Giderden Denk	500	69.5
	Geliri Gidere Az	148	20.6
	Geliri Giderden Fazla	71	9.9
<i>Medeni Durum</i>	Evli	679	94.4
	Bekâr	40	5.6
<i>Eğitim Durumu</i>	Okur-Yazar Değil	12	1.7
	İlköğretim	155	21.6
	Ortaöğretim	374	52.0
	Üniversite	165	22.9
	Yüksek Lisans/Doktora	13	1.8
<i>Çalışma durumu</i>	Çalışıyor	250	34.7
	Çalışmıyor	469	65.3
<i>Sürekli İlaç kullanımı</i>	Var	99	13.8
	Yok	620	86.2
<i>Kronik Hastalık Durumu</i>	Yok	624	86.8
	Var	95	13.2
<i>Akılci İlaç Kullanım Eğitimi</i>	Yok	702	97.6
	Örgün Eğitim İçinde	6	0.9
	Halk eğitim merkezi v.b	11	1.5
<i>Toplam</i>		719	100

Tablo 2 ‘ de araştırmaya katılan ebeveynlerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları verildi. Araştırmaya 595 (%82.8) anne katılmıştır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin % 55.2 (n=397) si 30-39 yaş aralığındadır. En uzun süre şehirde yaşayan n=596 (%82.9) ebeveyn vardır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin (n=543) %75.5’ünün çekirdek aileye sahip oldukları bulundu. Ebeveynlerin % 69.5’ inin gelirinin giderine denk olduğu bulundu. Çalışmaya katılan ebeveynlerin büyük çoğunluğu evli olup toplam ebeveyn sayısının %94.4 (n=679) ünü oluşturmaktadır. Ebeveynlerin 374 (%52)’ ünün ortaöğretim mezunu olduğu tespit edildi. 469 (%65.3) ebeveynin çalışmadığı tespit edildi. Ebeveynlerin % 86.2’ sinin (n=620) sürekli kullandığı bir ilacı olmadığı bulundu. Ebeveynlerin %86.8 ’i (n=624) kronik bir hastalığı olmadığını, belirtmiştir. Ebeveynlerin n=702 (% 97.6) ‘si daha önce akılcı ilaç kullanımını eğitimi almadığını belirtmiştir.

Tablo 3. Ebeveynlerin çocuklarına ilişkin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

		N	%
<i>Çocuk Sayısı</i>	Bir	319	44.4
	İki	301	41.9
	Üç	70	9.7
	Dört ve üzeri	29	4.0
<i>Çocuk Yaşı</i>	0-6	91	12.7
	7-12	377	52.4
	Hem 0-6 hem 7-12	251	34.9
<i>Çocuk Cinsiyeti</i>	Yalnız Kız Çocuk	205	28.5
	Yalnız Erkek Çocuk	197	27.4
	Hem Kız Hem Erkek Çocuk	317	44.1
<i>Hastalık Durumunda Başvurulan sağlık kuruluşu</i>	Özel Hastane	185	25.7
	Devlet Hastanesi	200	27.8
	Aile Sağlığı Merkezi	324	45.1
	Eczane	10	1.4
<i>Reçetesiz Kullanılan İlaç Türü</i>	Hayır	598	83.2
	Soğuk algınlığı	96	13.4
	Antibiyotik	12	1.6
	Diğer	13	1.8
<i>Çocuğun Mevcut Hastalık durumu</i>	Yok	619	86.1
	Var	100	13.9
<i>Toplam</i>		719	100

Tablo 3' de ebeveynlerin çocuklarına ilişkin demografik özellikler incelenmiştir. Ebeveynlerin %44. 4' ü (n=319) tek çocuğa sahiptir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin % 52. 4 ünün çocuklarının 7-12 yaş aralığında olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan 317 (%44. 1) ebeveynin hem kız hem erkek çocuğu olduğu tespit edilmiştir. Ebeveynlerin hastalık durumunda ilk olarak başvurdukları sağlık kuruluşu %45. 1 oranında ASM'dir. Araştırmaya katılan 598 (%83.2) ebeveyn, reçetesiz ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan ebeveynlerin 619 'unun (%86.1) çocuğunun kronik bir rahatsızlığı olmadığı belirlendi.

Tablo 4. Ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik tutum ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı

	n.	Alınabilecek		Min	Max	Ort	Ss
		Min. -Max.	Puanlar				
<i>Doğru ve Bilinçli Kullanım</i>	719	29-145		32	145	132.36	14.35
<i>Etkili ve Güvenli Kullanım</i>	719	11-55		11	55	42.59	8.20
<i>AİKYETÖ</i>	719	40-200		65	200	174.96	17.77

Ebeveynlerin AİKYETÖ ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanlar tabloda verilmiştir. Doğru ve bilinçli ilaç kullanımı alt boyutundan alınan puan (132.36 ± 14.35), etkili ve güvenli kullanım alt boyutundan alınan puan (42.59 ± 8.20) ve ölçek toplamından alınan puan (174.96 ± 17.77) dir.

Tablo 5: Ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerine göre AİKİYETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının dağılımı

		n	<i>Doğru ve Bilinçli Kullanım</i>		<i>Etkili ve Güvenli Kullanım</i>		AİKİYETÖ	
			Ort.	SS	Ort.	SS	Ort.	SS
Yakınlık	Anne	595	132.86	12.58	42.65	7.94	175.52	16.54
	Baba	111	129.63	21.62	42.46	9.51	172.10	23.28
	Diğer	13	132.69	10.83	41.00	8.38	173.69	17.08
			^a F=2.380 p=0.093		^a F=0.276 p=0.759		^a F=1.769 p=0.171	
Yaş	20-29	38	131.89	13.57	43.00	8.06	174.89	16.41
	30-39	397	132.33	14.41	42.66	7.67	174.99	17.05
	40-49	276	132.39	14.51	42.27	8.92	174.67	18.98
	50-59	8	135.25	10.62	48.75	7.14	184.00	16.54
			^a F=0.122 p=0.947		^a F=1.685 p=0.169		^a F=0.713 p=0.544	
En uzun süre yaşanan yer	Şehir	596	133.38	12.56	42.63	8.15	176.01	16.44
	İlçe	67	125.47	24.62	42.56	9.80	168.04	26.86
	Köy	56	129.82	13.35	42.30	6.64	172.12	15.99
			^a F=10.347 p=0.000*		^a F=0.041 p=0.960		^a F=6.937 p=0.001*	
Aile tipi	Çekirdek	543	133.21	14.19	42.82	8.11	176.03	17.11
	Geniş	176	129.75	14.57	41.90	8.47	171.65	19.37
			^b t=4.310 p=0.038*		^b t=2.104 p=0.147		^b t=7.226 p=0.007*	
Gelir düzeyi	Gelir giderden az	148	128.27	20.01	41.38	9.35	169.66	21.97
	Gelir gidere denk	500	133.37	11.55	42.81	7.74	176.19	15.35
	Gelir giderden fazla	71	133.77	16.61	43.60	8.64	177.38	21.67
			^a F=7.732 p=0.000*		^a F=2.338 p=0.097		^a F=8.614 p=0.000*	
Medeni durum	Evli	679	132.27	14.57	42.59	8.19	174.87	17.92
	Bekar	40	133.87	10.00	42.67	8.40	176.55	15.11
			^b t=0.990 p=0.320		^b t=0.001 p=0.982		^b t=0.517 p=0.472	
Eğitim durumu	Okur-yazar değil	12	119.25	18.88	40.00	13.0	159.25	28.07
	İlköğretim	155	130.27	12.78	41.74	8.02	172.01	16.05
	Ortaöğretim	374	132.29	15.17	42.69	8.14	174.98	18.05
	Üniversite	165	135.15	13.07	43.49	7.90	178.64	17.22
	YI-Doktora	13	136.07	7.77	41.23	10.0	177.30	11.84
			^a F=5.230 p=0.000*		^a F=1.316 p=0.262		^a F=5.368 p=0.000*	
Çalışma durumu	Çalışıyor	250	134.47	13.13	43.76	7.97	178.23	16.73
	Çalışmıyor	469	131.24	14.85	41.98	8.26	173.22	18.08
			^b t=2.898 p=0.089		^b t=1.182 p=0.277		^b t=1.224 p=0.269	

Sürekli ilaç kullanımı	Var	99	133.25	11.22	41.64	9.13	174.89	15.71
	Yok	620	132.22	14.79	42.75	8.04	174.97	18.09
			^b t=-0.594 p=0.441		^b t=2.604 p=0.107		^b t=0.139 p=0.709	
Ebeveyn kronik hastalık durumu	Var	96	134.78	10.42	42.65	7.58	177.43	14.50
	Yok	623	131.99	14.83	42.59	8.30	174.58	18.20
			U=26543.500 p=0.076		U=29160.500 p=0.694		U=27663.000 p=0.237	
AİK Eğitimi	Yok	702	132.29	14.42	42.49	8.22	174.79	17.78
	Örgün öğretim	6	130.83	11.72	46.66	4.58	177.50	15.83
	Halk eğitim vb	11	137.72	10.58	47.09	6.99	184.81	16.55
			^a F=0.809 p=0.446		^a F=2.453 p=0.087		^a F=1.788 p=0.168	
Çocuk sayısı	1	319	134.34	12.21	42.88	8.49	177.22	16.00
	2	301	132.25	15.00	43.11	7.32	175.37	17.52
	3	70	127.12	14.33	40.65	8.58	167.78	17.35
	4 ve üzeri	29	124.41	22.14	38.82	11.0	163.24	28.81
			^a F=8.342 p=0.000*		^a F=3.921 p=0.009*		^a F=10.152 p=0.000*	
Çocuk yaş	0-6 arası	91	131.75	20.89	42.21	8.06	173.97	20.83
	7-12 arası	377	133.73	12.75	42.93	8.53	176.66	17.02
	Hem 0-6 hem 7-12	251	130.53	13.54	42.23	7.74	172.76	17.49
			^a F=3.855 p=0.022*		^a F=0.668 p=0.513		^a F=3.816 p=0.022*	
Çocuk cinsiyet	Yalnız kız çocuk	205	133.22	13.82	42.68	7.91	175.90	18.20
	Yalnız erkek çocuk	197	134.07	12.08	42.94	8.28	177.01	15.10
	Hem kız hem erkek çocuk	317	130.75	15.78	42.33	8.35	173.08	18.86
			^a F=3.785 p=0.023*		^a F=0.353 p=0.703		^a F=3.393 p=0.034*	
Tedavi başvuru	Özel hastane	185	133.86	16.88	44.51	6.67	178.37	18.17
	Devlet hastanesi	200	132.69	11.23	42.12	8.43	174.81	15.55
	ASM	324	132.08	13.68	42.05	8.46	174.14	17.83
	Eczane	10	107.20	18.54	34.40	12.17	141.60	14.00
			^a F=11.474 p=0.000*		^a F=7.590 p=0.000*		^a F=15.089 p=0.000*	
Reçetesiz	Hayır	598	132.81	14.79	43.31	7.71	176.12	17.91
	Soğuk algınlığı	96	131.12	10.15	38.95	9.50	170.08	15.11
	Antibiyotik Diğer	12 13	127.16 125.61	13.94 18.48	35.75 43.07	10.7 7.92	162.91 168.69	17.63 20.07
			^a F=1.927 p=0.124		^a F=11.049 p=0.000*		^a F=5.756 p=0.001*	
Çocuk hastalık durumu	Var	100	134.82	10.84	42.93	8.23	177.75	14.00
	Yok	619	131.97	14.81	42.54	8.20	174.51	18.28
			U=27867.500 p=0.109		U=30069.500 p=0.647		U=28470.000 p=0.198	

U:Man Whitney U

^a :One Way Anova

^b :Student T Testi

*p<0,05

Ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerine göre Doğru ve Bilinçli Kullanım alt boyutu puan ortalamalarının dağılımı:

Ebeveynlerin en uzun süre yaşadıkları yere göre doğru ve bilinçli ilaç kullanımı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$). Şehirde yaşayan ebeveynlerin doğru ve bilinçli ilaç kullanım alt boyutu puan ortalamaları (133.38 ± 12.56) ilçede yaşayan ebeveynlerden (125.47 ± 24.62) anlamlı derecede yüksektir ($p < 0.05$).

Ebeveynlerin aile tiplerine göre doğru ve bilinçli ilaç kullanımı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Çekirdek aileye sahip olan ebeveynlerin doğru ve bilinçli ilaç kullanım alt boyutu puan ortalamaları (133.21 ± 14.19) geniş aileye sahip ebeveynlerinkinden (129.75 ± 14.57) anlamlı derecede yüksektir ($p < 0.05$).

Ebeveynlerin gelir dağılımlarına göre doğru ve bilinçli ilaç kullanımı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Geliri gidere denk (133.37 ± 11.55) ve geliri giderden fazla olan ebeveynlerin doğru ve bilinçli ilaç kullanım alt boyutu puan ortalamaları (133.77 ± 16.61) geliri giderden az olan ebeveynlerden (128.27 ± 20.01) anlamlı derecede yüksektir ($p < 0,05$).

Ebeveynlerin eğitim seviyelerine göre doğru ve bilinçli ilaç kullanımı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). Yüksek lisans veya doktora mezunu ebeveynlerin doğru ve bilinçli ilaç kullanımı alt boyutu puan ortalamaları (136.07 ± 7.77), üniversite mezunu ebeveynlerin puan ortalamaları (135.15 ± 13.07), ortaöğretim mezunu ebeveynlerin puan ortalamaları (132.29 ± 15.17) okuryazar olmayan ebeveynlerin puan ortalamalarından (119.25 ± 18.88) ve ilköğretim mezunu ebeveynlerin doğru ve bilinçli ilaç kullanımı alt boyutu puan ortalamalarından (130.27 ± 12.78) anlamlı derecede yüksektir ($p < 0.05$).

Ebeveynlerin sahip oldukları çocuk sayısına göre doğru ve bilinçli ilaç kullanımı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0,05$). İki çocuğa sahip olan ebeveynlerin doğru ve bilinçli ilaç kullanım alt boyutu puan ortalamaları (132.25 ± 15.00) ve bir çocuğa sahip olan ebeveynlerin doğru ve bilinçli ilaç kullanım alt boyutu puan ortalamaları (134.34 ± 12.21) üç çocuğa sahip olan ebeveynlerinkinden (127.12 ± 14.33) anlamlı derecede yüksektir ($p < 0.05$).

Ebeveynlerin çocuklarının yaşlarına göre doğru ve bilinçli ilaç kullanımı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p < 0.05$). 7-12 yaş

arası çocuğu olan ebeveynlerin doğru ve bilinçli ilaç kullanım alt boyutu puan ortalamaları (133.73±12.75) hem 0-6 hem 7-12 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerden (130.53± 13.54) anlamlı derecede yüksektir (p<0.05).

Ebeveynlerin çocuklarının cinsiyetlerine göre doğru ve bilinçli ilaç kullanımı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05). Yalnızca erkek çocuk sahibi olan ebeveynlerin doğru ve bilinçli ilaç kullanım puan ortalamaları (133.22±13.82) hem kız hem erkek çocuk sahibi olan ebeveynlerden (130.75±15.78) anlamlı derecede yüksektir (p<0.05).

Ebeveynlerin tedavi için başvurdukları merkezlere göre doğru ve bilinçli ilaç kullanım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05). Çocuğu hastalandığında özel hastaneye başvuran ebeveynlerin doğru ve bilinçli ilaç kullanım puan ortalamaları (133.86±16.88) devlet hastanesine başvuran ebeveynlerin puan ortalamaları (132.69±11.23), aile sağlığı merkezine başvuran ebeveynlerin puan ortalamaları (132.08 ±13.68),eczaneye başvuran ebeveynlerin puan ortalamalarından (107.20±18.54) anlamlı derecede yüksektir (p<0.05).

Ebeveyn yakınlık durumu, yaş, medeni durum, çalışma durumu, sürekli ilaç kullanımı, hastalık durumu, akılcı ilaç kullanımı eğitimi alma durumu, reçetesiz ilaç kullanımı, çocuğun hastalık durumuna göre doğru ve bilinçli ilaç kullanım puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (p> 0.05).

Ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerine göre Etkili ve Güvenli Kullanım alt boyutu puan ortalamalarının dağılımı;

Ebeveynlerin sahip oldukları çocuk sayısına göre etkili ve güvenli ilaç kullanımı alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05). İki çocuğa sahip olan ebeveynlerin etkili ve güvenli ilaç kullanım puan ortalamaları (43.11±7.32) dört ve üzeri çocuğa sahip olan ebeveynlerin puan ortalamalarından (38.82± 11.00) anlamlı derecede yüksektir (p<0.05).

Ebeveynlerin tedavi için başvurdukları merkezlere göre etkili ve güvenli ilaç kullanım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (p<0.05). Çocuğu hastalandığında özel hastaneye başvuran ebeveynlerin etkili ve güvenli ilaç kullanım puan ortalamaları (44.51±6,67), aile sağlığı merkezine başvuran ebeveynlerin etkili ve güvenli ilaç kullanım puan ortalamaları (42.05± 8.46) ve devlet hastanesine başvuran ebeveynlerin etkili ve güvenli ilaç kullanım puan ortalamalarından

(42.12±8.43) anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Ebeveynlerin çocukları hastalandığında kullandıkları reçetesiz ilaç varlığı/çeşidine göre etkili ve güvenli ilaç kullanım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Çocuğu hastalandığında reçetesiz ilaç kullanmayan ebeveynlerin etkili ve güvenli ilaç kullanım puan ortalamaları (43.31±7.71), çocuğu rahatsızlandığında reçetesiz olarak soğuk algınlığı ilaçlarını kullanan ebeveynlerden (38.95±9.50) anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Ebeveyn yakınlık durumu, yaş, en uzun süre yaşanan yer, aile tipi, ekonomik durum, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, sürekli ilaç kullanımı, hastalık durumu, akılcı ilaç kullanımı eğitimi alma durumu, çocuğun hastalık durumu, çocuk yaşı ve çocuk cinsiyetine göre etkili ve güvenli ilaç kullanım puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p> 0.05$).

Ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerine göre Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği puan ortalamalarının dağılımı;

Ebeveynlerin en uzun süre yaşadıkları yere göre AİKİYETÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Şehirde yaşayan ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamaları (176.01±16.44) ilçede yaşayan ebeveynlerden (168.04±26.86) anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Ebeveynlerin aile tiplerine göre AİKİYETÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Çekirdek aileye sahip olan ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamaları (176.03±17.11) geniş aileye sahip ebeveynlerden (171.65±19.37) anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Ebeveynlerin gelir dağılımlarına göre AİKİYETÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Geliri gidere denk olan ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamaları (176.19±15.35) ve geliri giderden fazla olan ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamaları (177.38±21.67) geliri giderden az olan ebeveynlerden (169.66±21.97) anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Ebeveynlerin eğitim seviyelerine göre AİKİYETÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Sonuçlar üniversite mezunu ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutumlarının olumlu yönde bir fark yarattığını ortaya koymaktadır. Üniversite mezunu ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamaları (178.64±17.22), ilköğretim mezunu ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamalarından

(172.01±16.05) anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Ebeveynlerin çocuklarının yaşlarına göre AİKİYETÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). 7-12 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamaları (176.66 ±17.02) hem 0-6 hem 7-12 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerden (172.76±17.49) anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Ebeveynlerin çocuklarının cinsiyetlerine göre AİKİYETÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Yalnızca erkek çocuk sahibi olan ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamaları (177.01±15.10) hem kız hem erkek çocuk sahibi olan ebeveynlerden (173.08±18.86) anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Ebeveynlerin tedavi için başvurdukları merkezlere göre AİKİYETÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Çocuğu hastalandığında özel hastaneye başvuran ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamaları (178.37±18.17), çocuğu hastalandığında aile sağlığı merkezine başvuran ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamalarından(174.14±17.83) ve eczaneye başvuran ebeveynlerden (141.60±14.00) anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Ebeveynlerin sahip oldukları çocuk sayısına göre AİKİYETÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Yalnızca tek çocuk sahibi olan ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamaları (177.22±16.00) ve iki çocuğa sahip ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamaları (175.37±17.52), üç çocuk sahibi olan ebeveynlerden (167.78±17.35) anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Ebeveynlerin çocukları hastalandığında kullandıkları reçetesiz ilaç varlığı/çeşidine göre AİKİYETÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p<0.05$). Çocuğu rahatsızlandığında reçetesiz ilaç kullanmayan ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamaları (176.12±17.91) ,çocuğu rahatsızlandığında reçetesiz olarak soğuk algınlığı ilaçlarını kullanan ebeveynlerden (170.08±15.11) anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$).

Ebeveyn yakınlık durumu, yaş, medeni durum, çalışma durumu, sürekli ilaç kullanımı, hastalık, akılcı ilaç kullanımı eğitimi alma durumu, çocuğun hastalık durumuna göre AİKİYETÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p> 0.05$).

5.TARTIŞMA

Bu bölümde ebeveynlerin AİKİYETÖ ölçeği ve alt boyutlarının puan ortalamaları ve ebeveynlerin sosyodemografik özelliklerinin akılcı ilaç kullanım tutumuna etkisi tartışıldı. Tartışmaya ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımları ile ilgili kısıtlı çalışma olması nedeniyle; ebeveynlerin çocuklarında antibiyotik kullanım alışkanlıkları, yetişkinlerin ilaç saklama ve kullanım alışkanlıklarının incelenmesi vb amacıyla yapılan çalışmalar da dahil edildi.

Ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik tutum ölçeğinden ve alt boyutlarından aldıkları puan ortalamalarının tartışılması:

Çalışmada AİKİYETÖ için alınan puan ortalamasının 174.96 ± 17.77 olduğu, doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu için alınan puan ortalamasının 132.36 ± 14.35 olduğu, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu için alınan puan ortalamasının 42.59 ± 8.20 olduğu belirlendi (Tablo 4). Çelebi' nin yapmış olduğu çalışmada AİKİYETÖ için alınan puan ortalamasının 157.13 ± 16.25 olduğu, doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu için alınan puan ortalamasının 120.62 ± 11.55 olduğu, etkili ve güvenli kullanım alt boyutu için alınan puan ortalamasının 36.51 ± 7.68 olduğu bulundu (Çelebi, 2018). Bu çalışmada AİKİYETÖ ve alt ölçeklerinden alınan puanlar Çelebi' nin çalışmasındakinden yüksek bulundu. Bu durumun çalışmanın yapıldığı yer ile ilişkili olabileceği düşünüldü.

Ebeveynlerin tanımlayıcı özelliklerine göre AİKİYETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının tartışılması:

Çalışmamızda ebeveynlerin yakınlık derecelerine göre AİKİYETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p > 0.05$), ancak istatistiksel olarak anlamlı fark olmamakla birlikte annelerin AİKİYETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının babalarinkinden yüksek olduğu dikkati çekmektedir (Tablo 5). Çelebi' nin yapmış olduğu çalışmada babaların akılcı ilaç kullanım tutumu annelerden daha yüksek bulundu (Çelebi, 2018). Ayada ve arkadaşları Kütahya' da ebeveynlerin antibiyotik kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada annelerin antibiyotik kullanımı konusunda daha bilinçli

olduklarını bulmuşlardır (Ayada ve ark., 2019). Bu çalışmada annelerin AİKİYETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının babalarinkinden yüksek olmasının sebebinin araştırmamıza katılan ebeveynlerin büyük çoğunluğunun (n=595) anne olması ve annelerin bakım verme rolünü daha fazla üstlenmelerine bağlı olduğu düşünüldü.

Çalışmamızda ebeveynlerin yaşlarına göre AİKİYETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 5). Çalışmamıza benzer olarak Kenesarı ve Özçakar'ın annelerin antibiyotik kullanımı konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını inceledikleri araştırmada annenin yaşının antibiyotik kullanım tutumunu etkilemediğini bulmuşlardır (Kenesarı ve Özçakar, 2016).

Çalışmamızda ebeveynlerin yaşadıkları yere göre AİKİYETÖ ve doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 5). Şehirde yaşayan ebeveynlerin AİKİYETÖ ve doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamalarının ilçede yaşayan ebeveynlerinkinden yüksek olduğu bulundu. Çelebi'nin ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada şehirde yaşayan ebeveynlerin akılcı ilaç kullanım tutumlarının yüksek olduğu bulunmuştur (Çelebi, 2018). Çınar'ın yaptığı annelerin akılcı ilaç kullanım durumunu ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapmış olduğu çalışmada şehirde yaşayan ebeveynlerin daha akılcı ilaç kullandığı bulunmuştur (Çınar, 2018). Çalışmamızda şehirde yaşayan ebeveynlerin ilçe ve köylerde yaşayan ebeveynlerden daha yüksek AİKİYETÖ ve doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamasına sahip olmalarının sebebinin sağlık kuruluşlarına ulaşma ve bilgi edinme olanaklarının daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda ebeveynlerin aile tipine göre AİKİYETÖ ve doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0.05$). Çekirdek aileye sahip ebeveynlerin AİKİYETÖ ve doğru ve bilinçli ilaç kullanımını alt boyutu puan ortalamalarının geniş aileye sahip ebeveynlerinkinden yüksek olduğu bulundu (Tablo 5). Ekenler ve Koçoğlu'nun, bireylerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve uygulamalarını incelediği çalışmada çekirdek ailede yaşayan ebeveynlerin doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanma oranının geniş ailede yaşayanlardan daha düşük olduğu bulunmuştur (Ekenler ve Koçoğlu, 2016). Çınar'ın 5 yaşından küçük çocuğu olan annelerin akılcı ilaç kullanım durumunu ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yaptığı çalışmada çekirdek ailede yaşayan annelerin akılcı ilaç kullanım tutumunun daha yüksek olduğunu bulmuştur (Çınar, 2018). Çalışmamızda çekirdek ailede yaşayan ebeveynlerin AİKİYETÖ ve doğru ve bilinçli kullanım alt ölçeği puan

ortalamalarının geniş ailede yaşayan ebeveynlerin puan ortalamalarından yüksek olmasının sebebinin geniş ailede yaşayan ebeveynlerin, kültürel nedenlerle etkisiz geleneksel tedavi yöntemlerine daha fazla başvurdukları düşünüldü.

Çalışmamızda ebeveynlerin gelir durumları ile AİKİYETÖ ve doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 5). Geliri giderinden fazla olan ebeveynlerin AİKİYETÖ ve doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamalarının, geliri giderine denk ve geliri giderinden az olan ebeveynlerden anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur. Çınar'ın 5 yaşından küçük çocuğu olan annelerin akılcı ilaç kullanım durumunu ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yaptığı çalışmada geliri giderinden fazla olan annelerin daha akılcı ilaç kullandığını bulmuştur (Çınar, 2018). Çalışmamızda geliri giderinden fazla olan ebeveynlerin AİKİYETÖ ve doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamalarının geliri giderine denk ve geliri giderinden az olan ebeveynlerinkinden yüksek olmasının sebebinin, gelir seviyesinin artmasıyla birlikte sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşmasının sebep olduğu düşünüldü.

Çalışmamızda ebeveynin medeni durumu ile AİKİYETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 5). Çınar'ın annelerin akılcı ilaç kullanım durumunu ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yaptığı çalışmada, medeni durumun annelerin akılcı ilaç kullanımına etkisinin olmadığı bulunmuştur (Çınar, 2018). Çalışmamızda bekar ebeveynler ile evli ebeveynler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasının sebebinin medeni durumun çocuk üzerindeki sorumlulukları değiştirmedeği düşünüldü.

Çalışmamızda literatüre benzer olarak üniversite mezunu ebeveynlerin ilkökul mezunu ebeveynlerden daha akılcı ilaç kullandıkları belirlenmiştir (Çınar, 2018; Bedir, 2018; Ayada ve ark., 2019) (Tablo 5). Çalışmamızda eğitim seviyesi yüksek olan ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamalarının eğitim seviyesi düşük olanlardan yüksek olmasının sebebinin, eğitim seviyesi yüksek ebeveynlerin sağlıkla ilgili doğru bilgiye ulaşma ve araştırma becerilerinden kaynaklanabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda ebeveynlerin çalışma durumuna göre AİKİYETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$). Çalışan ebeveynlerin AİKİYETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları çalışmayan ebeveynlerden yüksektir (Tablo 5). Çelebi' nin yaptığı çalışmada ebeveynlerin çalışma durumunun AİK tutum ortalama puanları üzerinde etkili olduğu, çalışmayanların puanlarının çalışanlardan düşük olduğu belirlenmiştir (Çelebi, 2018). Güdek ve

arkadaşlarının annelerin evde ilaçları saklama koşullarıyla ilgili bilgi ve uygulamalarını belirlemek amacıyla yapmış oldukları çalışmada çalışan annelerin ilaçları saklama konusunda daha bilinçli oldukları belirlenmiştir (Güdek ve ark, 2013). Çınar'ın annelerin akılcı ilaç kullanım durumunu saptamak amacıyla yaptığı çalışmada çalışan annelerin AİK konusunda daha bilinçli olduklarını bulmuştur (Çınar, 2018). Çalışmamızda çalışan ebeveynlerin AİK YETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının çalışmayan ebeveynlerden yüksek olmasının sebebinin eğitim düzeyinin farklılığından kaynaklanabileceği düşünüldü. Eğitim seviyesi yüksek olan ebeveynlerin daha akılcı ilaç kullandıkları verisi bu düşünceyi desteklemektedir.

Ebeveynlerin hastalık durumlarına göre AİK YETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($P>0.05$) (Tablo 5). Çınar'ın 5 yaşından küçük çocuğu olan annelerin akılcı ilaç kullanım durumunu ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yaptığı çalışmanın sonuçları çalışmamızla benzer sonuçlar içermektedir ve annelerin sistemik veya kronik hastalığının bulunması ile AİK tutumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (Çınar, 2018). Çalışmamızda kronik veya sistemik hastalığı olan ebeveynler ile hastalığı olmayan ebeveynlerin AİK YETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmamasının sebebinin çalışmamıza katılan ebeveynlerin %86.8 inin kronik bir hastalığı olmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımını eğitimi alma durumlarına göre AİK YETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0.05$) (Tablo 5) . Bu durumun AİK konusunda alınan eğitimin niteliği ve süresinin kısa olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda çocuk sayısına göre AİK YETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$) (Tablo 5). Bir çocuğu olan ebeveynlerin AİK YETÖ puan ortalamaları, iki çocuğu olan ve üç çocuğu olan ebeveynlerin AİK YETÖ puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 5). Çelebi' nin yapmış olduğu çalışmanın sonucu çalışmamızla benzerlik göstermektedir ve çocuk sayısı arttıkça AİK bilincinin azaldığı görülmektedir (Çelebi, 2018) Lübnan'da çocuklarda antibiyotik kullanımı ve direnç konusunda hem ebeveynlerin hem de eczacıların bilgilerini değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada, 2 den fazla çocuğu olan ebeveynlerin 2 den az çocuğu olan ebeveynlere göre ilaç kullanımını konusunda daha bilinçsiz olduğu belirtilmiştir (Al-Hajje ve ark, 2018). Bu sonuçlardan farklı olarak Çınar'ın annelerin akılcı ilaç kullanım

durumunu ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yaptığı çalışmada çocuk sayısının akılcı ilaç kullanımını etkilemediği bulunmuştur (Çınar, 2018). Çalışmamızda 2 veya 3 çocuğu bulunan ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamalarının bir çocuğu olan ebeveynlerinkinden düşük olmasının nedeni çocuk sayısının artmasıyla birlikte ebeveynlerin geçmiş deneyim ve tecrübelerine bağlı olarak sonraki çocuklarında akılcı olmayan ilaç kullanım davranışlarına yönelmesinden kaynaklanabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda çocuk yaşına göre AİKİYETÖ ve doğru ve bilinçli ilaç kullanımı alt ölçeğinin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($p<0.05$) (Tablo 5). 7-12 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin AİKİYETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamalarının hem 0-6 hem 7-12 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin puan ortalamasından ve 0-6 yaş arası çocuğu olan ebeveynlerin puan ortalamasından yüksek olduğu ve AİKİYETÖ ve doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu için gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 5). Lundborg ve arkadaşlarının Çin’de ebeveynlerin çocukları için antibiyotik kullanımı hakkındaki algılarını araştırmak amacıyla yapmış oldukları çalışmada ebeveynlerin reçetesiz ilaç kullanma durumlarının çocuğun yaşıyla orantılı olarak arttığı bulunmuştur (Lundborg ve ark., 2014). Conde ve arkadaşlarının Peru ’daki çocukların ebeveynleri arasında antibiyotik kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamalarının belirlenmesi amaçlanarak yapmış oldukları çalışmada 3 ve daha fazla çocuğu olan ve en büyük çocuğu 5 yaşında olan ebeveynlerin tutumlarının, daha düşük olduğunu bulmuşlardır. (Conde ve ark, 2019).Çalışmamızda 7-12 yaşları arasında çocuğu olan ebeveynlerin AİKİYETÖ ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarının 0-6 yaşları arasında ve hem 0-6 hem 7-12 yaşları arasında çocuğu olan ebeveynlerden yüksek olmasının sebebinin, çocuk yaşının artmasıyla birlikte tecrübe ve buna paralel olarak bilginin arttığı düşünülebilir.

Çalışmamızda çocuğun cinsiyetine göre AİKİYETÖ ve doğru ve bilinçli ilaç kullanımı alt boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 5). Yalnızca erkek çocuk sahibi olan ebeveynlerin AİKİYETÖ ve doğru ve bilinçli kullanım alt boyutu puan ortalamalarının, hem kız hem erkek çocuk sahibi olan ebeveynlerinkinden anlamlı derecede yüksektir ($p<0.05$). Çalışmamızda erkek çocuk sahibi olan ebeveynlerin AİKİYETÖ ve doğru ve bilinçli ilaç kullanımı alt boyutu puan ortalamasının, hem kız hem erkek çocuğu olan ebeveynlerin AİKİYETÖ ve doğru ve bilinçli ilaç kullanımı alt boyutu puan ortalamalarından yüksek olmasının sebebinin, toplumumuzda kültürel olarak erkek çocuklarına kız çocuklarına göre daha fazla önem ve öncelik verilmesinden kaynaklanabileceği düşünüldü.

Çalışmamızda çocuğu hastalandığında başvuru sağlık merkezine göre AİKİYETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulundu ($p<0.05$) (Tablo 5). Özel hastaneye başvuran ebeveynlerin AİKİYETÖ ve alt boyutlarının puan ortalaması, çocuğu hastalandığında ASM'ye başvuran ebeveynlerin ve eczaneye başvuran ebeveynlerin AİKİYETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamasından yüksek bulundu ($p<0.05$) (Tablo 5). Akıcı ve arkadaşlarının ebeveynlerin hastaneye başvuru öncesi çocuklarının tedavisinde ilaç kullanım alışkanlıklarını değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmada, ebeveynlerin çocukları hastalandığında ilk başvurdukları yerin devlet hastaneleri (%82.0) ve bunu aile sağlığı merkezleri (%10.8) ile özel sağlık merkezlerinin (%7.2) takip ettiği ve çocukları rahatsızlandığında başvurdukları yerin akılcı ilaç kullanım tutumunu etkilemediğini bulmuşlardır (Akıcı ve ark., 2015). Çelebi ' nin yapmış olduğu çalışmada çocuğu hastalandığında en sık başvurdukları sağlık kuruluşlarının sırasıyla devlet hastanesi, ASM, üniversite hastanesi ve özel hastane olduğu belirlenmiş ve üniversite hastanesine başvuranların AİK tutum ortalama puanının devlet hastanesi ve ASM' ye başvuranlardan yüksek olduğu belirlenmiştir (Çelebi, 2018). Çalışmamızda çocuğu hastalandığında özel hastaneye başvuran ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamasının ASM ve eczaneye başvuranlardan anlamlı derecede yüksek çıkmasının sebebinin sosyoekonomik durum ve sağlık hizmetlerine ulaşım olanaklarından kaynaklandığı düşünüldü.

Çalışmamızda çocuğunun hastalık durumuna göre AİKİYETÖ ve alt boyutlarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı ($P>0.05$) (Tablo 5). Çelebi' nin çalışmasında çocuğunun kronik hastalığının varlığının akılcı ilaç kullanım tutumuna etkisi incelenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Çelebi, 2018). Çınar'ın annelerin akılcı ilaç kullanım durumunu ve etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yaptığı çalışmada tanısı konulmuş bir hastalığı olan çocuğa sahip olmanın istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmadığı belirlenmiştir (Çınar, 2018). Ahonen ve arkadaşlarının 12 yaşın altındaki çocuklarda reçetesiz ilaç kullanımının yaygınlığını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada ise teşhis edilmiş bir hastalığı olan çocukların ebeveynlerinin, sağlıklı çocuğa sahip olan ebeveynlerden daha az reçetesiz ilaç kullandığı bulunmuştur (Ahonen ve ark., 2010). Çalışmamızda çocuğu hasta olan ebeveynlerin (istatistiksel olarak fark olmamasına rağmen) daha yüksek AİKİYETÖ puan ortalamasına sahip olmasının sebebinin, hasta çocuğu olan ebeveynlerin hastalık ve ilaç konusunda daha çok bilgi sahibi olmasından ve çocuğuna zarar geleceğini düşünerek daha akılcı ilaç kullanmaya yönelmesinden kaynaklanabileceği düşünüldü.

Reçetesiz ilaç kullanımı varlığının / reçetesiz kullanılan ilaç çeşidinin tartışılması:

Çalışmamızda ebeveynlerin % 83.2' si reçetesiz ilaç kullanmadığını belirtmiştir. Reçetesiz olarak en sık kullanılan ilaç grubu soğuk algınlığı ilaçlarıdır ve bunu antibiyotik grubu ilaçlar takip etmektedir. Okumura ve arkadaşlarının Vietnam' da anneler ile yapmış oldukları çalışmada, annelerin en sık kullandıkları ilaç grubunun analjezik ve antibiyotikler olduğu belirlenmiştir (Okumura ve ark, 2002). Bu sonuçlara bakarak ebeveynlerin reçetesiz ilaç kullanmasına ebeveynlerin bilgi eksikliğinin olması, soğuk algınlığı ilaçlarını kolay temin edebilmeleri ve artık ilaçları tekrar kullanmalarının sebep olduğu şeklinde yorumlanabilir.

6.SONUÇ VE ÖNERİLER

0-12 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki tutumlarını belirlemek ve ebeveynlerin akılcı ilaç kullanım tutumlarını etkileyen tanımlayıcı özelliklerini incelemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi:

Araştırmaya katılan ebeveynlerin çoğunluğu (%82.8) annedir ve % 55.2' si 30-39 yaş aralığındadır. Ebeveynlerin % 82.9' unun en uzun süre yaşadığı yerin şehir olduğu, %75.5' inin çekirdek aileye sahip oldukları ve % 69.5' inin gelirinin gidere denk olduğu bulunmuştur. Ebeveynlerin çoğunluğunun (%94.4) medeni durumunun evli olduğu, %52' sinin ortaöğretim mezunu olduğu, %65.3' ünün çalışmadığı, % 86.2' sinin sürekli kullandığı bir ilacı bulunmadığı, %86.8' inin kronik bir hastalığı olmadığı, % 97.6' sının daha önce akılcı ilaç kullanımı eğitimi almadığı bulundu.

Ebeveynlerin %44.4' ü tek çocuğa sahip olup, % 52.4' ünün çocuklarının 7-12 yaş aralığında olduğu, %44.1' inin hem kız hem erkek çocuğu olduğu, % 45.1' inin hastalık durumunda ilk olarak başvurdukları sağlık kuruluşunun ASM olduğu, % 83.2' sinin reçetesiz ilaç kullanmadığı ve %86.1' inin çocuğunun kronik bir rahatsızlığı olmadığı bulundu.

Ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalaması 174.96±17.77 olarak bulundu. Çalışmada doğru ve bilinçli ilaç kullanım puan ortalaması 132.36±14.35, etkili ve güvenli ilaç kullanım puan ortalaması 42.59±8.20 olarak bulundu.

Ebeveynlerin uzun süre yaşadığı yer, aile tipleri, gelir durumları, eğitim durumları, çocuk sayıları, çocuklarının yaşları, çocuk cinsiyetleri, hastalık durumlarında başvurdukları yer ve reçetesiz ilaç kullanma durumlarının AİKİYETÖ için puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0.05$). AİKİYETÖ puan ortalaması ile ebeveyn yakınlık durumu, yaş, medeni durum, çalışma durumu, sürekli ilaç kullanımı, hastalık, akılcı ilaç kullanımı eğitimi almış olma durumu, çocuğun hastalık durumu değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p> 0.05$).

Ebeveynlerin en uzun süre yaşanan yer, aile tipleri, gelir durumları, eğitim durumları, çocuk sayıları, çocuklarının yaşları, çocuk cinsiyetleri, hastalık durumlarında başvurdukları yer durumlarına göre doğru ve bilinçli ilaç kullanımı alt ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulundu ($p<0.05$). Ölçeğin doğru ve bilinçli ilaç kullanım alt boyutu puan ortalaması ile ebeveyn yakınlık durumu, yaş, medeni durum, çalışma durumu, sürekli ilaç kullanımı, hastalık, akılcı ilaç kullanımı

eğitimi almış olma, reçetesiz ilaç kullanımı, çocuğun hastalık durumu değişkenleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p > 0.05$).

Ebeveynlerin ocuk sayıları, hastalık durumlarında başvurdukları yer ve reçetesiz ilaç kullanma durumları ile etkili ve güvenli ilaç kullanımı alt leği puan ortalamaları arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($p < 0.05$). Ölçeğin etkili ve güvenli ilaç kullanım alt boyutu puan ortalaması ile ebeveyn yakınlık durumu, yaş, en uzun süre yaşanılan yer, aile tipi, ekonomik durum, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, sürekli ilaç kullanımı, hastalık, akılcı ilaç kullanımı eğitimi almış olma durumu, çocuğun hastalık durumu, ocuk yaşı ve ocuk cinsiyeti ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulundu ($p > 0.05$).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

-En uzun süre yaşadığı yer ilçe ve köy olan ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamaları şehirde yaşayanlardan düşük bulunduğundan, akılcı ilaç kullanımı ile ilgili farkındalık çalışmalarının ilçe ve köylerde de yaygınlaştırılması,

-Geniş ailede yaşayan ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamaları çekirdek ailede yaşayanlardan düşük bulunduğundan, birinci basamak hizmetlerde özellikle geniş ailede yaşayan çocukların akılcı olmayan ilaç kullanımı yönünden izlenmesi,

-Gelir durumu ve eğitim durumu düşük olan ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamaları gelir ve eğitim durumu yüksek olanlardan düşük bulunduğundan, birinci basamak hizmetlerde sosyoekonomik durumun düşük olduğu bölgelerde ve eğitim durumu düşük olanlara yönelik AİK eğitimlerinin arttırılması,

-0-6 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynlerin AİKİYETÖ puan ortalamaları 7-12 yaş aralığında çocuğu olan ve hem 0-6 hem 7-12 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynlerden düşük bulunduğundan, yenidoğan bebeklerin ailelerine akılcı ilaç kullanımı eğitimlerinin hastanedeki taburculuk eğitimlerine dahil edilmesi,

- Ebeveynlerin hastalık durumunda ilk olarak başvurdukları sağlık kuruluşları %45.1 oranında ASM olarak bulundu. Bu nedenle ASM' de çalışan sağlık personelinin akılcı

ilaç kullanımındaki rolleri ve sorumlulukları konusunda hizmet içi eğitimlerin uygulanması

-Çocuğu rahatsızlandığında reçetesiz ilaç kullanan ebeveynlerin AİKYETÖ puan ortalamaları reçetesiz ilaç kullanmayan ebeveynlerden düşük bulunduğundan, AİK eğitimlerine öncelikli olarak çocuklarda reçetesiz ilaç kullanılmaması konusunda bilinçlendirme konusunun eklenmesi,

-AOİK tutumlarını etkileyebilecek başka değişkenlerin ayrıntılı olarak değerlendirilmesi için kapsamlı araştırmaların yapılması,

-AİK çalışmalarının 12-18 yaş grubuna yönelik de yapılması önerilir.

7.KAYNAKLAR

- Aaserud m, Austvoll - Dahlgren A, Furberg C, Henry DA, Hill S, Izgara R, Kösters JP, Ramsay CR, Ross Degnan D, Soumerai SB, Sturm H, Oxman AD. (2006) Farmasötik politikalar: rasyonel ilaç kullanımı üzerindeki etkiler, Sistemik İncelemelerin Cochrane Veri Tabanı Sayı 2.
- Abegunde D, Edejer T, Hernandez P, Lu Y. (2011) World Health Organization. The World medicines situation, Medicine expenditures; Geneva.
- Acar A, Yeğenoğlu S. (2005) Akılcı İlaç Kullanımı Penceresinden Farmakoekonomi ve Hastane Formüllerleri. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*; 34(3): 207-218.
- Açıkel C, Göçgeldi E, Uçar M. (2009) Evlerde Artık İlaç Bulunma Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması, *TAF Preventive*; 8(2): 113–118.
- Ahonen R, Halonen P, Hämeen - Anttila K, Lindell - Osuagwu L, Sepponen K, Vainio K. (2010) Factors Associated With Medicine Use Among Children Aged Under 12 years a Population Survey in Finland, *Pharmacoepidem. Drug Safety*; 19(4): 400-407.
- Aji DY, İlter Ö. (1998) Türkiye’de Çocuk Zehirlenmeleri. *Türk Ped Arşivi*; 33(3): 154- 158.
- Akkurt B. (2016) T.C. Sağlık Bakanlığı Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Araştırma Görevlilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları, uzmanlık tezi, Ankara.
- Akıcı A. Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamaları ve Klinik Farmakoloji Çalışma Grubunun Katkıları. <http://tfd.org.tr/> Erişim Tarihi: 20.02.2020.
- Akıcı A, Gönüllü N, , Kalaça S. Oktay Ş, Uğurlu Ü. (2002) Pratisyen Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*; 11(7): 253-257.
- Akıcı A, Dülger GA, Toklu HZ, Uysal MK.(2010) Akılcı İlaç Kullanımı Sürecinde Hasta Uyuncuna Hekim ve Eczacının Katkısı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*; 14(3): 139-145.
- Akıcı A, Kalaça S. (2013) T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı; 11-63.

- Akıcı A, Ulupınar S. (2013) Akılcı İlaç Kullanımında Hasta Bakım Personelinin Rolü, T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Ankara, 5-24.
- Akıcı N, Başaran NF.(2015) Çocuklarda Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri J pharmacol- Special Topics*; 3(1): 50-6.
- Akıcı A, Ulupınar S.(2015) Hemşirelik Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri*; 3(1): 84-93.
- Akıcı A, Akıcı N, Ceran Ö, Gelal A, Gürbüz T.(2015) Hastaneye Başvuru Öncesinde Çocuklarda İlaç Kullanımının Araştırılması. *Anatol J Clin Investig*; 9(1): 10-18.
- Akılcı İlaç Kullanımı, [\[www.akilciilac.gov.tr/wpcontent/uploads/2014/11/aik-ulusal-eylem-plani.pdf\]](http://www.akilciilac.gov.tr/wpcontent/uploads/2014/11/aik-ulusal-eylem-plani.pdf). [Erişim Tarihi: 21.08.2019].
- Akılcı İlaç Kullanımı,[www.akilciilac.gov.tr] Erişim Tarihi:21.08.2019.
- Akın İ, Ekim A, Ocakçı AF. (2018) Ergenlerde Kendi Kendine İlaç Kullanımı, *ACU Sağlık Bil Derg*; 9(3): 272-276.
- Aksakal FN, Aycan S, İlhan MN, Özkan S, Özbay OD. (2005) Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Hasta Olduklarındaki Tutumları Ve İlaç Kullanım Alışkanlıkları. *TAF Prev Med Bull*; 4(5): 223-237.
- Aksoy M, Çiftçi B. (2017) Çocuklarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirelerin Sorumlulukları. Rational Drug Use in Children and Nurse"s Responsibilities. *GÜSBD*; 6(3): 191-194.
- Aksu T, Karadakovan A.(2010) Yaşlıda ilaç kullanımı ve hemşirelik yönetimi, *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*; 5(14): 57-71.
- Al-Hajje A, Awada S, Hallit S, Lahoud N, Shakaroun S, Zahreddine L. (2018) Knowledge of Pharmacists and Parents Towards Antibiotic Use in Pediatrics: a Cross-Sectional Study in Lebanon; 16 (3):1194.
- Alkan A, Mollahaliloğlu S, Öncül HG, Özgülcü Ş. (2011) Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı, Akdağ R (editör), 1.Baskı. Sağlık Bakanlığı Yayın, Ankara, 1-117.
- Alkan A, Mollahaliogulları S, Öncül HG, Özgülcü Ş. Akdağ R (editör). (2011) Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı, 1.Baskı. Sağlık Bakanlığı Yayın, Ankara, 1-103.
- Altındıs S. (2017) Akılcı İlaç Kullanımına Sistemik Bir Bakış, *J Biotechnol and Strategic Health Res.*; 1(2):34-38 .
- Altınkaynak S, Alp H, Yaman S.(1991) Dünyadaki ve Türkiye'deki Çocuk Ölüm Nedenleri ve Bunların Önlenmesine Yönelik Öneriler, *Aile ve Toplum* 1(1).

- Ambwani S. & Mathur AK. (2006) Rational Drug Use, *Health Administrator*; 19(1): 5-7.
- Arıkan D, Baklacı Ö, Bilmez A, Bülbül D, Yılmaz F. (2013) 0-2 Yaş Çocuğa Sahip Annelerin Oral İlaç Kullanım Davranışlarının İncelenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 16 (2): 82-88.
- Aronson JK, Ferner RE.(2006) Communicating in Formation About Drug Safety. *BMJ*, 2006; 7559 (333):143-5.
- Arslan F, Uzun Ş (2008) İlaç uygulama hataları. *Türkiye Klinikleri*; 28(2) :217-222.
- Aslan Ş, Özata M ve Mete M. (2008) “Rasyonel İlaç Kullanımının Hasta Güvenliğine Etkileri: Hekimlerin Rasyonel İlaç Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi”, II. International Patient Safety Congress; s.530.
- Aşık Z ve Beggi B. (2019) Evaluation of Rational Drug Use in Patients Applying to Family Medicine Outpatient Clinic. *Ankara Medical Journal*; 19(2):251-260.
- Atabek T, Babadağ K, Sabuncu N, Taşocak G. (1996) Hemşirelik Esasları. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir : s. 2-20.
- Ayada C, Emre A, Korkut Y. (2019) Evaluation of the Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Antibiotics Usage at the Parents Living in the Aegean Part of Turkey, *Konuralp Tıp Dergisi*; 11(3): 350-355.
- Aycan S, Aydemir Ö, Çakır M, İlhan M. (2014) Akılcı Olmayan İlaç Kullanım Davranışları: Ankara’da Üç İlçe Örneği. *Turkish Journal of Public Health*; 12 (3):188-200.
- Aydın B, Gelal A.(2012) Akılcı İlaç Kullanımı: Yaygınlaştırılması ve Tıp Eğitiminin Rolü ,*DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*; 26 (1): 57– 63.
- Aykan DA, Ergün Y. (2019) Akılcı İlaç Kullanımı, Genel Prensipler Arşiv Kaynak Tarama Dergisi; 28(1):19-27.
- Bahat Öztürk G, İlhan B. (2015) Elderly and Rational Drug Use, *Türkiye Klinikleri J Geriatr-Special Topics*; 1(1): 1-7.
- Bajorek B, Krzyzaniak N. (2017) 'A global perspective of the roles of the pharmacist in the NICU.', *The International Journal of Pharmacy Practice*; 25(2): 107-120.
- Baktır G ve Pala Z. Çocuklarda İlaç Kullanımı, İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı; <http://www.eczaakademi.org/> erişim tarihi:20.01.2020
- Balcı E, Şahingöz M. (2013) Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*; 12(1): 57-64.

- Balıkçı S, Yapıcı G, Uğur Ö. (2011) Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımını konusundaki tutum ve davranışları, *Dicle Tıp Dergisi*; 38 (4): 458-465.
- Bardak M ve Yalçın M. (2005) T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri. AÇSAP Genel Müdürlüğü Basımevi, Ankara.
- Basiaris H, Gogos C, Skoutelis A, Mitsi G, Jelastopulu E.(2005) Patterns Of Antibiotic Use Among Adults And Parents In The Community: A Questionnaire-Based Survey in A Greek Urban Population. *International Journal of Antimicrobial Agents*; 25:439 -443.
- Başbakkal, Z. Bolışık, B. Conk, Z. Yılmaz, H.(2013) Pediatri Hemşireliği .Akademisyen kitabevi Ankara.
- Başer H. (2009) Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisine Başvuran Tüm Çocukların Hastalık Dağılım Profillerinin Değerlendirilmesi (Uzmanlık Tezi) , İstanbul, ss.33-35.
- Bates DW, Clapp MD, Federico F, Fortescue EB, Goldmann DA, Kaushal R, Landrigan CP. (2003) Prioritizing Strategies for Preventing Medication Errors and Adverse Drug Events in Pediatric Inpatients, *Official Journal of American Academy of Pediatrics*; 111(4):722-729.
- Bauchner H and Palmer DA. (1997) Parents' and Physicians' Views on Antibiotics, *Official Journal of the american Academy of pediatrics*; 99(6): 1-5.
- Bedir N, Demirbaş M ,Erdoğan N, Ekerbiçer HÇ , Karabel MP, Köse E, İnci MB, Tok Ş, Kibar FA.(2018) Taraklı İlçesindeki Erişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Bazı Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi, *Sakarya Med J*; 8(1):80-89.
- Bentli R, Deniz S , Oguzoncul AF. (2018) Evaluation of Drug Use Habits and Rational Rrug Use of Persons Registered to Primary Health Care , *Medicine Science International Medical Journal*; 7(4):930-4.
- Beijnen JH, Frankfort SV, Gijzen GJPT, Koks CH, Tulner LR, (2008) Drug-Drug Interactions in a Geriatric Outpatient Cohort, *Drugs Aging*; 25(4): 343–355.
- Boonshuyar C, Chanin C , Khun VL.(2002) Rational Drug Use in Cambodia: Study of Three Pilot Health Centers in Kampong Thom Province, Southeast Asian *J Trop Med Public Health*; 33(2):418-424.
- Borg MA, Scicluna EA. (2002) Over-The-Counter Acquisition Of Antibiotics In The Maltese General Population. *Int J Antimicrob Agents*;20(4): 253-257.

- Bukumirić DU, Horvat OJ, Paut Kusturica MM, Savkov AV, Tomas AD, Tomić ZS. (2017) Is the Level of Knowledge a Predictor of Rational Antibiotic Use in Serbia? *Plos one*; 12(7):1-13.
- Can V, Çataklı T, Dallar Y. (2012) Annelerin Ateş Düşürücü Kullanma Bilgileri Yeterli mi? *Çocuk Enfeksiyon Dergisi*; 6: 139-143.
- Chambers K, Frankish CJ, Herbert CP, Katzenstein D, Milner R, Speert D, Paluck E. (2001) Prescribing practices and attitudes toward giving children antibiotics. *Canadian family physician Medecin de famille canadien*; 47: 521–527.
- Caravati EM, Crouch B, Klein-Schwartz W, Lee S, Litovitz TL, Yougniss J. (1998) 1997 Annual report of the American association of poison control centers toxic exposure surveillance system, *Am J Emerg Med*; 17(5):435-487.
- Cascorbi I, Maxwell SR, Orme M, Webb DJ; Joint BPS/EACPT (2007) Working Group on Safe Prescribing. Educating European (junior) doctors for safe prescribing. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*; 101(6): 395-400.
- Cengiz Z.(2018) T.C. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemodiyaliz Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisi. Hemşirelik Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Malatya .
- Chan GC, Tang SF. (2006) Parental knowledge, attitudes and antibiotic use for acute upper respiratory tract infection in children attending a primary healthcare clinic in Malaysia. *Singapore Med J*; 47:266-70.
- Cihangiroğlu N, Uzuntarla Y. (2016) Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımı ile Kişisel Özellikleri Arasındaki İlişkinin Analizi, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni; 15(1) : 1-8.
- Cihangiroğlu N, Teke A, Uğrak U, Uzuntarla Y. (2015) Inpatients' attitudes towards the rationale use of drugs at a cardiology ward, *TAF Prev Med Bull*; 14(2):137-144.
- Conde F, Suito-Ferrand M, Navarro R, Ochoa, TJ, Paredes J, Picon V, Riveros M. (2019) Parental Antibiotic Use in Urban and Peri-Urban Health Care Centers in Lima: A Cross-Sectional Study of Knowledge, Attitudes, and Practices. *Clinical medicine insights. Pediatrics*; 13(1): 1-10.
- Çakır B, Çakır HT, Güngör A, Karauzun A, Yalçın H. (2019) Çocuklarda Antibiyotik Kullanımı ile İlgili Ebeveynlerin Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi, *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*; 13(3): 203-207.

- Çavuşoğlu H. (2015) İlaçların uygulanması. Çavuşoğlu H. (ed). Çocuk Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Basım Yayın San. Tic. Ltd. Şti., Ankara :251-270.
- Çelebi A.(2018) Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı. Doktora Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi.
- Çınar AS. (2018) Pınarhisar'da Beş Yaş Altı Çocuğu Olan Annelerin Akılcı İlaç Kullanım Durumu ve Etkileyen Etmenler, Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi: 35-57.
- Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care (1978), Alma-Ata, USSR, 6-12 September.
- Demirbağ BC, Timur M. (2012) Bir Grup Yaşlının İlaç Kullanımı İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışları, *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(1):1-8.
- Demircan A.(2018) 2018 Yılı Bütçe Sunumu ,TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu 2017 :31.
- Demirgil B, Şantaş F. (2017) Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Bir Araştırma, *İşletme Bilimi Dergisi*; 5 (1):35-48.
- Durna Z, Kuş E.(2016) Akılcı İlaç Kullanımında Hemşirenin Rolü ve Eğitimin Önemi. *Sağlık ve Toplum*; 26 (2): 3-9.
- Eczacılar ve eczaneler hakkında yönetmelik 12.04.2014 ve 28970 sayılı resmi gazetede yayımlandı 7. Madde eczacının sorumlulukları.
- Ekenler Ş ve Koçoğlu D. (2016) Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi ve Uygulamaları, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 3(3): 44-55.
- Engin S. (2006) Türk Sağlık Sektöründe İlaç Pazarlama Bileşenleri, Akılcı İlaç Kullanımı ve Klinik Eczacılık. Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Haliç Üniversitesi.
- Erdil F. Yaşlıların ilaç kullanımında Eczacı-Hemşire birliğinin önemi. [http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/tebakademi/geriatri_2009/17.pdf]. Erişim tarihi: 01.06.2019.
- Erdoğdu T, Kiroğlu O, Karataş Y ve Sürmelioglu N.(2015) Akılcı Olmayan İlaç Kullanımını Önlemeye Yönelik Tedbirler, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*; 24(4):452-462.
- Eşer İ, Gürol AG. (2005) Yaşlılara Verilen Eğitimin İlaç Kullanım Uyumuna Etkisinin İncelenmesi, *Türk Geriatri Dergisi*; 8(3): 134-40.

- Fasehun F. (1999) “The AntibacterialP: Essential Drugs, Effectiveness, and Cost”, *Bulletin of the World Health Organization*; 77(3):211-216.
- Feslihan E ve Tunç KS. (2019) 0-12 Yaş Aralığında Çocuğu Olan Annelerin Antibiyotik Kullanımı Konusunda Bilinç Düzeylerinin Değerlendirilmesi, *Van Tıp Dergisi*; 26(4): 498-504.
- Fidancı BE, Gök F, Konukbay D, Suluhan D, Sürer İ, Taşal C, Yıldız D. (2016) 0-6 Yaş Arası Çocuğa Sahip Annelerin Ateş Düşürücü İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Belirlenmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*; 24(2): 90-96.
- George D, MallerY P. (2003) SPSS for Windows, Step by Step, a Simple Guide and Reference. Fourth Edition. Boston: Allyn and Bacon.
- Gutierrez, K. Pharmacology for Nursing Practice. United States: Saunders WB 2003: 45-51.
- Güdek E, Küçükoğlu S, Polat S. (2013) Annelerin Evde İlaçları Saklama Koşullarıyla İlgili Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 16 (4): 212-218.
- Gülmez SE. (2015) Dünya Geneline Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamalarına Bakış, *Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics*; 3(1):34-44.
- Gökçe-Kutsal Y. (2006) Yaşlanan Dünya. *Türk Fiz Tıp Rehabilitasyon Dergisi*, 52: Özel Ek: A6-A11, 37-44.
- Griffiths R, Langdon R, Johnson M, Piper M. (2004) A Nursing İntervention For the Quality Use of Medicines by Elderly Community Clients. *International Journal of Nursing Practice*; 10(4):166-175.
- Hemşirelik Yönetmeliği. Çalışılan Birim/Servis/Ünite/Alanlara Göre Hemşirelerin Görev, Yetki ve Sorumlulukları T.C. Resmî Gazete, sayı: 27515, 19 Nisan 2011.
- Hemşirelik Yönetmeliği. T.C. Resmî Gazete, sayı: 27515, 8 Mart 2010.
- Hogerzeil HV, RO Laing, Ross-Degnan D.(2001) Ten Recommendations to İmprove use of Medicines in Developing Countries, *Health Policy and Planning*; 16(1), 13-20.
- AİK. [<http://www.akilciilac.gov.tr/?p=4391>]. Erişim Tarihi 10.10.2019.
- TUSEB [<https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/bebekölümleri>]. Erişim Tarihi 11.09.2019.

Erişim Tarihi 12.09.2019.

- Ince K. (2018) Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi, Karar, Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi; Konya Örneği, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Kalaça S. (2013) Özel Durumlarda İlaçların Akılcı Kullanımı. Akıcı A (editör). Toplumaya Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı, 1.Baskı. Ankara, SGK Yayın, 2-47.
- Kayaalp, S.O.(2009). Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, 1.Baskı. Pelikan Yayınları, 950-1250.
- Kayhan Tetik B, Tekinemre IG. (2017) Emziren Annelerde İlaç Kullanımı, *The Journal of Turkish Family Physician*; 8(3):83-89.
- Kenesarı CK, Özçakar N. (2016) Annelerin Çocuklarında Antibiyotik Kullanımına İlişkin Yaklaşımları: Kısa Bilgilendirme Ne Kadar Etkili? , *Türk Aile Hek Derg*; 20 (1) :16-22.
- Kişioğlu AN, Uskun B, Uskun SE, Öztürk M.(2004) Sağlık Ocağına Başvuru Öncesi İlaç Kullanımı, *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*; 13(12): 451-454.
- Kurtulmuş, S. (1998). Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi (Edtör: Demirci İ.), Değişim Dinamikleri Yayınları, İstanbul, s. 204-216.
- Laing RO. (1990) “Rational Drug Use: An Unsolved Problem”, *Tropical Doctor*; 20(3): 101–103.
- Lundborg CS, Yu M, Zhao G, Zhu Y, Zhao Q ve Xu B. (2014) Knowledge, Attitudes, and Practices of Parents in Rural China on the Use of Antibiotics in Children: a Cross-Sectional Study, *BMC Infectious Diseases*; 14 :112.
- Maxwell S. (2009) Rational Prescribing the Principles of Drug Selection. *Clinical Medicine*; 9(5):481–485.
- OECD. <https://www.oecd.org/> Erişim tarihi:21.12.2019.
- Okumura J, Wakai S, and Umenai T. (2002) Drug Utilization and Self-medication in Rural Communities in Vietnam, *Soc Sci Med*;54(12): 1875-1886.
- Ovalı F. (2010) Hasta Güvenliği Yaklaşımları, *Sağlıkta Performans Ve Kalite Dergisi*; 1(1): 33-43.
- Özçelikay G.(2001) Akılcı İlaç Kullanımı Üzerinde Bir Pilot Çalışma, *Ankara Ecz. Fak. Derg*; 30(2): 9-18.
- Özdemir C. (2018) Anne ve Babaların Antibiyotik Alguları Ölçeği’ nin Türkçeye Uyarlanması, Uzmanlık Tezi, Denizli .

- Özdemir Ö, Özer U. (2009) Yaşlı Bireyde Akılcı İlaç Kullanımı ve Hemşirenin Sorumlulukları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*; 16 (2): 42-51 .
- Özdemir A, Erol H.(2014) Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının Değerlendirilmesi, *Sosyal Güvenlik Dergisi (SGD)*; 4(1): 9-34.
- Öztek Z. (2017) Temel Sağlık Hizmetleri 1978 – 2018, Hasuder Yayınları; (3):1-47.
- Pınar N. (2012) Ülkemizde İlaç Harcamaları, *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*;19 (1): 59-65.
- Sağlık Bakanlığı Akılcı İlaç Kullanımı [<http://www.akilciilac.gov.tr/>]
Erişim Tarihi: 20.01.2019.
- Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştay Raporu. Ankara; 2006.
- Sağlık Bakanlığı. Stratejik Plan 2013-2017. Ankara. 2012:46:5-65.
- Sarıgöl Çalamak E.(2017) Türkiye Akılcı İlaç Kullanım Rehberi, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Akılcı İlaç Kullanımı Dairesi-nisan, 4(4).
- Serin G. (2010) İlköğretim 7. Sınıf Öğrencilerin Fene Karşı Meraklarının İncelenmesi/Investigation of 7th grade elementary students' Science curiosity. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*; 7(13): 237 – 252.
- Sever, L. (1999). Çocuklarda İlaç Kullanımı, (Ed: Eşkazan E.) Akılcı İlaç Kullanımı. Sempozyum Dizisi yayın;1:İstanbul 77-85.
- Taşdemir, S.(2013) Akılcı (rasyonel) İlaç Kullanımı, *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*; 1(1):1-5.
- Toklu HZ, Ayanoğlu DG.(2011) Akılcı İlaç Kullanımı ve Eczacının Rolü, *Marmara Pharmaceutical Journal*; 15(1): 89-93.
- Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu (2019)[http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=81] Erişim tarihi : 08.03.2019.
- T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017.
- Türkiye Tıbbi Cihaz ve İlaç Kurumu. Akılcı İlaç Kullanımı. Neden Akılcı İlaç Kullanımı. [http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=81] Erişim Tarihi 21.08.2019.
- World Health Organization, (2012) The Pursuit of Responsible Use of Medicines:Sharing and Learning from Country Experiences march

[https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/,] erişim tarihi: 8.03.2019.

World Health Organization (WHO).(2002). Promoting Rational Use of Medicine: Core Components- WHO Policy Perspectives on Medicines, Geneva, September .no:5

World Health Organization.[https://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/], erişim tarihi 8.03.2019.

World Health Organization. The rational use of drugs. Report of the conference of experts. Nairobi, 25-29 November 1985.

World Health Organization (1994). The role of the pharmacist in the health care system report of a who consultative group New Delhi India 13-16 december 1986, 9-37.

Yavuzer Bayrak N. (2018) Dahiliye Kliniklerinde Yatan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Erzurum: Atatürk Üniversitesi.

Yeniçeri Ş.(2019) T.C. Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Acil Hastaları Ebeveynlerinin Akılcı İlaç Kullanımı ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Tokat, 22-68.

Yılmaztürk A. (2013) Türkiye'de ve Dünyada Akılcı İlaç Kullanımı. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*; 2 (2) : 42-49.

2018 Yılı idare faaliyet raporu <https://www.titck.gov.tr/> Erişim tarihi:20.02.2019.

EKLER

EK 1:E-POSTA YOLUYLA İZİN



Arzu Çelebi <arzu.celebi@atauni.edu.tr>

29.11.2018 (Per), 14:03

Çiğdem KULOĞLU ↕

🔗 Tümünü yanıtla | v

Sayın Çiğdem Hanım, geliştirmiş olduğumuz "Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği" ni araştırmanızda kullanmanıza izin veriyoruz, makalesini yayınladığım zaman makalemize de atıfta bulunursunuz. Ölçek tezin sonunda yer almaktadır ve tezde anlatılmaktadır. Takıldığımız yer olursa yine yardımcı olurum.Kolay gelsin, iyi çalışmalar...

Kimden: "Çiğdem KULOĞLU" <cioldemkuloglu@beykent.edu.tr>

Kime: "arzu celebi" <arzu.celebi@atauni.edu.tr>

Gönderilenler: 27 Kasım Salı 2018 14:51:32

Konu: ölçek izni

EK-2:ETİK KURUL ONAYI



www.uskudar.edu.tr

Altunizade Mahallesi Haluk Türksoy Sokak No:14 34662 Üsküdar/İSTANBUL
T: 0216 400 22 22 F: 0216 474 12 56 bilgi@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: 61351342-/ 2019-247

26/04/2019

Sayın Dr.Öğr.Üyesi Emine EKİCİ
(Çiğdem KULOĞLU)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulunun 25/04/2019 tarihinde yapılan 04 No.lu toplantısında “**0-12 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Akılcı İlaç Kullanım Tutumlarının İncelenmesi**” adlı araştırma projenizin kurum izni getirme koşulu ile şerhli olarak etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Cumhuri TAŞ
Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik
Kurulu Başkanı

EK-3:KURUM İZİNİ



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Millî Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 59090411-20-E.10522301
Konu : Anket ve Araştırma İzin Talebi

28/05/2019

VALİLİK MAKAMINA

- İlgi: a) 20.05.2019 tarihli ve 9859880 Gelen Evrak No'lu dilekçe.
b) MEB. Yen. ve Eğ. Tk. Gn. Md. 22.08.2017 tarih ve 12607291/ 2017/25 No'lu Gen.
c) Millî Eğitim Müdürlüğü Araştırma ve Anket Komisyonunun 28.05.2019 tarihli tutanağı.

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü yüksek lisans öğrencisi Çiğdem KULOĞLU'nun "0-12 Yaş Çocuğu Olan Ebeveynlerin Akılcı İlaç Kullanım Tutumlarının İncelenmesi" konulu tezi kapsamında, ilimiz Küçükçekmece ilçesinde bulunan Mustafa Kemal Paşa İlkokulunda; anket uygulama istemi hakkındaki ilgi (a) dilekçe ve ekleri Müdürlüğümüzce incelenmiştir.

Araştırmacının söz konusu talebi; bilimsel amaç dışında kullanılmaması, uygulama sırasında bir örneği müdürlüğümüzde muhafaza edilen mühürlü ve imzalı veri toplama araçlarının kurumlarımıza araştırmacı tarafından ulaştırılarak uygulanması, katılımcıların gönüllülük esasına göre seçilmesi, araştırma sonuç raporunun müdürlüğümüzden izin alınmadan kamuoyuyla paylaşılması koşuluyla, okul idarelerinin denetim, gözetim ve sorumluluğunda, eğitim-öğretimi aksatmayacak şekilde ilgi (b) Bakanlık emri esasları dâhilinde uygulanması, sonuçtan Müdürlüğümüze rapor halinde (CD formatında) bilgi verilmesi kaydıyla Müdürlüğümüzce uygun görülmektedir.

Makamlarınızca da uygun görülmesi halinde olurlarınıza arz ederim.

Levent YAZICI
İl Millî Eğitim Müdürü

Ek:

- 1- Genelge.
- 2- Komisyon Tutanağı.

OLUR
28/05/2019

Ahmet Hamdi USTA
Vali a.
Vali Yardımcısı

İl Millî Eğitim Müdürlüğü Binbirdirek M. İmran Öktem Cad.
No:1 Eski Adliye Binası Sultanahmet Fatih/İstanbul
E-Posta: sgb34@meh.gov.tr

A. BALTA VHKİ
Tel: (0 212) 455 04 00-239

0-12 YAŞ ÇOCUĞU OLAN EBEVEYNLERİN AKILCI İLAÇ KULLANIM TUTUMLARININ İNCELENMESİ

SORU FORMU

Değerli katılımcı,

Bu çalışma 0-12 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki tutumlarını belirlemek amacı ile planlanmıştır. Elde edilecek sonuçların ebeveynlere verilecek akılcı ilaç kullanımı eğitimlerine katkısı olacağı düşünülmektedir. Aşağıdaki soruları lütfen dikkatle okuduktan sonra cevaplayınız. Her sorunun cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Size en uygun olan cevabı işaretleyiniz. Verdiğiniz bilgiler araştırmacılar tarafından gizli tutulacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Çiğdem KULOĞLU

Dr. Öğr. Üyesi Emine EKİCİ

EK.1. EBEVEYN – ÇOCUK TANITICI ÖZELLİK FORMU

EBEVEYN TANITICI BİLGİLER

1.Yakınlık durumunuZ?

Anne..... Baba..... Diğer.....

2. Kaç yaşındasınız?.....

3. Bugüne kadar en uzun yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?

a) Şehir b) İlçe c) Köy d) Diğer.....

4. Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek aile b) Geniş aile c)Diğer.....Açıklayınız

5. Ailenizin sosyoekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız?

a) Gelir gıderden az b) Gelir gıdere denk c) Gelir gıderden fazla

6.Medeni durumunuzu işaretleyiniz.

a) Evli b) Bekar

7. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okuryazar değil b)İlköğretim mezunu c)Ortaöğretim mezunu d)Üniversite mezunu e)Doktora/yüksek lisans

8. Mesleğiniz?.....

9.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı ?.....

a) Var () b)Yok ()

10.Tanısı konulmuş kronik bir hastalığınız(diyabet , hipertansiyon, v.b) var mı?.....

a) Var () b)Yok ()

11. 10. soruda "a" şıkkını işaretlediyseniz tanısı konulmuş kronik hastalığınız nedir? Lütfen belirtiniz.

11.Daha önce "Akılcı İlaç Kullanımı" eğitimi aldınız mı?.....

a) Evet () b)Hayır ()

12.Eğitim aldıysanız nereden aldınız?.....

ÇOCUK TANITICI BİLGİLER

13. 0-12 yaş kaç çocuğunuz var?.....

14.Çocuklarınızın yaşları nedir ?

1. Çocuk.....

2. çocuk.....

3. çocuk.....

4 ve üzeri.....

15.Çocuklarınızın cinsiyeti nedir?

1. Çocuk.....

2. çocuk.....

3. çocuk.....

4 ve üzeri...

16. Çocuğunuz hastalandığında ilaç tedavisi için en sık nereye başvurursunuz?



- a) Özel hastane b) Devlet hastanesi c) Aile sağlığı merkezi d) Eczane
e) Diğer (belirtiniz).....

17. Çocuğunuza reçetesiz ilaç kullanıyor musunuz?

- a) Evet () b) Hayır ()

18. 17. soruya "evet" yanıtını verdiyseniz çocuğunuza reçetesiz en sık verdiğiniz ilaçları sıralayınız.

- 1.....
2.....
3.....

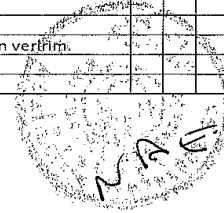
19. Çocuğunuzun tanısı konulmuş herhangi bir hastalığı var mı?

- a) Evet () b) Hayır ()

20. 19. Soruya "evet" yanıtını verdiyseniz çocuğunuzun tanısı konulmuş hastalığı nedir? Açıklayınız.....

EK.2 Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Ebeveyn Tutum Ölçeği

	KESİNLİKLE KATILYORUM	KATILYORUM	KARARSIZIM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
1. Çocuğumun ilaçları hakkındaki bilgiyi sağlık çalışanlarından öğrenirim.					
2. Çocuğuma verdiğim ilacın ne için kullanılacağını bilirim.					
3. Çocuğuma yazılan reçeteyi kontrol ederim.					
4. Çocuğuma ilaçlarını önerilen şekilde veririm.					
5. Çocuğumun süspansiyon şeklindeki (sulandırılarak verilen toz) ilaçlarını kullanma talimatında belirttiği şekilde hazırlarım.					
6. Çocuğuma vereceğim ilaçların yan etkilerini bilirim.					
7. Çocuğuma vereceğim ilaçların son kullanma tarihine bakarım.					
8. Çocuğumun ilaçlarını kullanma talimatlarıyla birlikte saklarım.					
9. Çocuğuma vereceğim ilaçların bozulduğunu düşünürsem atarım.					
10. Çocuğuma başkalarının önerdiği ilacı kullanmam.					
11. Çocuğuma vereceğim ilaçların kullanma talimatlarını okurum.					
12. İlaçları çocuğumun ulaşamayacağı yerlerde saklarım.					
13. Çocuğuma verdiğim ilaç yan etki yaparsa ilacı kullanmayı bırakırım.					
14. Çocuğuma reçetesiz ilaç vermem.					
15. Çocuğuma ilaçlarını önerilen süre kadar veririm.					
16. Çocuğuma birden fazla ilaç vermem gerekiyorsa ilaçları birbirine karıştırırım.					
17. Çocuğuma süspansiyon şeklindeki (sulandırılarak verilen toz) ilaçlarını vermeden önce çalkalarım.					
18. Çocuğumun ilaçlarını saklarken kullanma talimatında yazan saklama koşullarına dikkat ederim.					
19. Çocuğumun ilaçlarını ışıktan korumak için kutusuyla birlikte saklarım.					
20. Çocuğuma ilaçlarını önerilen zaman aralıklarında veririm.					
21. İlaçların gereksiz kullanımı sağlığa zararlıdır.					
22. Çocuğuma kullandığım ilacın faydasını görmezsem doktora danışırım.					
23. Çocuğuma ilacını vermeden önce açlık-tokluk durumuna dikkat ederim.					
24. Çocuğuma ilacını kutudan çıkan ölçüğü ile veririm.					
25. Çocuğuma ilaçlarını önerilen dozda/miktarda veririm.					
26. Çocuğumun süspansiyon şeklindeki (sulandırılarak verilen toz) ilaçları 10 gün içinde bitmezse kalan kısmını atarım.					
27. Çocuğumun süspansiyon şeklindeki (sulandırılarak verilen toz) ilaçlarını hazırlarken kaynatılıp soğutulmuş su kullanırım.					
28. Çocuğuma verdiğim ilacı yan etki yaparsa doktora danışırım.					
29. Çocuğuma reçetesiz antibiyotik vermem.					
30. Çocuğum hastalandığında sağlık kuruluşuna başvurmadan önce evde olan ilaçlardan veririm.					
31. Çocuğum hastalandığında aynı etkiyi gösteren birden fazla ilacı dönüşümlü olarak kullanırım.					
32. Çocuğumun kapsül şeklindeki ilaçlarını kapsülü açarak veririm.					
33. Çocuğumda etkili olduğunu düşündüğüm ilacını başkasına öneririm.					
34. Çocuğuma verdiğim ilacı yan etki yaparsa kendi kendime çözüm ararım.					
35. Çocuğumun ilaçları hakkındaki bilgiyi çevremden öğrenirim.					
36. Çocuğuma ilacını süt ile birlikte veririm.					
37. Çocuğumun tablet şeklindeki ilaçlarını ezerek veririm.					
38. Çocuğumda daha önceki benzer şikayetler ortaya çıktığında kimseye danışmadan evdeki ilaçlardan veririm.					
39. Çocuğumun ilaç tedavisi bittikten sonra ilacının kalanını evde saklarım.					
40. Çocuğuma ilacını meyve suyu ile birlikte veririm.					



EK-4:BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAY FORMU

Değerli katılımcı,

Bu çalışma 0-12 yaş yaş aralığında çocuğu olan ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki tutumlarını belirlemek amacı ile planlanmıştır. Elde edilecek sonuçların ebeveynlere verilecek akılcı ilaç kullanımı eğitimlerine katkısı olacağı düşünölmektedir. Aşağıdaki soruları lütfen dikkatle okuduktan sonra cevaplayınız. Her sorunun cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Size en uygun olan cevabı işaretleyiniz. Verdiğiniz bilgiler araştırmacılar tarafından gizli tutulacaktır. Katıldığınız için teşekkür ederiz.

Çiğdem KULOğLU

Dr. Öğr. Üyesi Emine EKİCİ

EK-5:Tamıtcı Özellikler Formu

EBEVEYN TANITICI BİLGİLER

1.Yakınlık durumunuz?

Anne..... Baba..... Diğer.....

2. Kaç yaşındasınız?.....

3. Bugüne kadar en uzun yaşadığınız yer aşağıdakilerden hangisidir?

a) Şehir b) İlçe c) Köy d) Diğer.....

4. Aile tipiniz nedir?

a) Çekirdek aile b) Geniş aile c)Diğer.....Açıklayınız

5. Ailenizin sosyoekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız?

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

6.Medeni durumunuzu işaretleyiniz.

a) Evli b) Bekar

7. Eğitim durumunuz nedir?

a) Okuryazar değil b)İlköğretim mezunu c)Ortaöğretim mezunu d)Üniversite mezunu e)Doktora/yüksek lisans

8. Mesleğiniz?.....

9.Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı ?.....

a) Var () b)Yok ()

10.Tanısı konulmuş kronik bir hastalığınız(diyabet , hipertansiyon, v.b) var mı?.....

a) Var () b)Yok ()

11. 10. soruda “a” şıkkını işaretlediyseniz tanısı konulmuş kronik hastalığınız nedir? Lütfen belirtiniz.

11.Daha önce “Akılcı İlaç Kullanımı” eğitimi aldınız mı?.....

a) Evet () b)Hayır ()

12.Eğitim aldıysanız nereden aldınız?.....

ÇOCUK TANITICI BİLGİLER

13. 0-12 yaş kaç çocuğunuz var?.....

14.Çocuklarınızın yaşları nedir ?

1. Çocuk.....

2. çocuk.....

3. çocuk.....

4 ve üzeri.....

15.Çocuklarınızın cinsiyeti nedir?

1. Çocuk.....
2. çocuk.....
3. çocuk.....
- 4 ve üzeri...

16. Çocuğunuz hastalandığında ilaç tedavisi için en sık nereye başvurursunuz?

- a) Özel hastane b) Devlet hastanesi c) Aile sağlığı merkezi d)Eczane
e) Diğer (belirtiniz).....

17. Çocuğunuza reçetesiz ilaç kullanıyor musunuz?

- a) Evet () b)Hayır ()

18. 17. soruya “evet” yanıtını verdiyseniz çocuğunuza reçetesiz en sık verdiğiniz ilaçları sıralayınız.

- 1.....
- 2.....
- 3.....

19.Çocuğunuzun tanısı konulmuş herhangi bir hastalığı var mı?

- a) Evet () b)Hayır ()

20. 19. Soruya “evet” yanıtını verdiyseniz çocuğunuzun tanısı konulmuş hastalığı nedir? Açıklayınız.....

EK-6: ÖLÇEK

	KESİNLİKLE KATILYORUM	KATILYORUM	KARARSIZIM	KATILMIYORUM	KESİNLİKLE KATILMIYORUM
1. Çocuğumun ilaçları hakkındaki bilgiyi sağlık çalışanlarından öğrenirim.					
2. Çocuğuma verdiğim ilacın ne için kullanılacağını bilirim.					
3. Çocuğuma yazılan reçeteyi kontrol ederim.					
4. Çocuğuma ilaçlarını önerilen şekilde veririm.					
5. Çocuğumun süspansiyon şeklindeki(sulandırılarak verilen toz) ilaçlarını kullanma talimatında belirtildiği şekilde hazırlarım.					
6. Çocuğuma vereceğim ilaçların yan etkilerini bilirim.					
7. Çocuğuma vereceğim ilaçların son kullanma tarihine bakarım.					
8. Çocuğumun ilaçlarını kullanma talimatlarıyla birlikte saklarım.					
9. Çocuğuma vereceğim ilaçların bozulduğunu düşünürsem atarım.					
10. Çocuğuma başkalarının önerdiği ilacı kullanmam.					
11. Çocuğuma vereceğim ilaçların kullanma talimatlarını okurum.					
12. İlaçları çocuğumun ulaşamayacağı yerlerde saklarım.					
13. Çocuğuma verdiğim ilaç yan etki yaparsa ilacı kullanmayı bırakırım.					
14. Çocuğuma reçetesiz ilaç vermem.					
15. Çocuğuma ilaçlarını önerilen süre kadar veririm.					
16. Çocuğuma birden fazla ilaç vermem gerekiyorsa ilaçları birbirine karıştırırım.					
17. Çocuğuma süspansiyon şeklindeki(sulandırılarak verilen toz) ilaçlarını vermeden önce çalkalarım.					
18. Çocuğumun ilaçlarını saklarken kullanma talimatında yazan saklama koşullarına dikkat ederim.					
19. Çocuğumun ilaçlarını ışıktan korumak için kutusuyla birlikte saklarım.					
20. Çocuğuma ilaçlarını önerilen zaman aralıklarında veririm.					
21. İlaçların gereksiz kullanımı sağlığa zararlıdır					
22. Çocuğuma kullandığım ilacın faydasını görmezsem doktora danışırım.					
23. Çocuğuma ilacını vermeden önce açlık-tokluk durumuna dikkat ederim.					
24. Çocuğuma ilacını kutudan çıkan ölçüğü ile veririm.					
25. Çocuğuma ilaçlarını önerilen dozda/miktarda veririm.					
26. Çocuğumun süspansiyon şeklindeki (sulandırılarak verilen toz) ilaçları 10 gün içinde bitmezse kalan kısmını atarım.					
27. Çocuğumun süspansiyon şeklindeki (sulandırılarak verilen toz) ilaçlarını hazırlarken kaynatılıp soğutulmuş su kullanırım.					
28. Çocuğuma verdiğim ilacı yan etki yaparsa doktora danışırım.					
29. Çocuğuma reçetesiz antibiyotik vermem.					
30. Çocuğum hastalandığında sağlık kuruluşuna başvurmadan önce evde olan ilaçlardan veririm.					
31. Çocuğum hastalandığında aynı etkiyi gösteren birden fazla ilacı dönüşümlü olarak kullanırım.					
32. Çocuğumun kapsül şeklindeki ilaçlarını kapsülü açarak veririm.					
33. Çocuğumda etkili olduğunu düşündüğüm ilacını başkasına öneririm.					
34. Çocuğuma verdiğim ilacı yan etki yaparsa kendi kendime çözüm ararım.					
35. Çocuğumun ilaçları hakkındaki bilgiyi çevremden öğrenirim.					
36. Çocuğuma ilacını süt ile birlikte veririm.					
37. Çocuğumun tablet şeklindeki ilaçlarını ezerek veririm.					
38. Çocuğumda daha önceki benzer şikayetler ortaya çıktığında kimseye danışmadan evdeki ilaçlardan veririm.					
39. Çocuğumun ilaç tedavisi bittikten sonra ilacının kalanını evde saklarım.					
40. Çocuğuma ilacını meyve suyu ile birlikte veririm.					