

T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

TIP FAKÜLTESİ

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDEKİ ARAŞTIRMA
GÖREVLİLERİ VE DÖNEM 6 ÖĞRENCİLERİNİN AKILCI İLAÇ
KULLANIMI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Özge PİLGİR

Samsun / 2017

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

**ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ'NDEKİ ARAŞTIRMA
GÖREVLİLERİ VE DÖNEM 6 ÖĞRENCİLERİNİN AKILCI İLAÇ
KULLANIMI KONUSUNDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİ**

UZMANLIK TEZİ
Dr. Özge PİLGİR

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Sevgi CANBAZ

Samsun / 2017

TEŐEKKÖR

Tez çalıŐmalarım sırasında destek ve yardımlarını esirgemeyen Halk Sağlığı Anabilim Dalı ğretim üyeleri; öncelikle, tez danışmanım Prof. Dr. Sevgi Canbaz'a olmak üzere, Anabilim Dalı başkanımız Prof. Dr. Yıldız PekŐen'e, Prof. Dr. Cihad Dündar'a, Prof. Dr. Őennur Dabak'a, Prof. Dr. Ahmet Tevfik Sünter'e ve Yrd. Doç. Dr. Özlem Terzi'ye, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı başkanı Doç. Dr. Sırrı Bilge'ye, bu süreci beraber paylaŐtıđım asistan arkadaşlarıma, aileme ve oğlum Poyraz'a en içten teşekkürlerimi sunarım.



İçindekiler

TEŞEKKÜR	i
İçindekiler	ii
ÖZET	vi
1. GİRİŞ ve AMAÇ	1
2.1.İlaç Tanımı	4
2.2. “Akılcı İlaç Kullanımı” Kavramının Dünyada Gelişimi	6
2.2.1 Akılcı İlaç Kullanımının “Akılcılık” Ölçütleri	10
2.2.2 Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri	13
2.2.3 Akılcı İlaç Kullanımının Tarafları	14
2.2.4.Akılcı Tedavi Süreci	16
2.2.5.Ülkemizde “Akılcı İlaç Kullanımı” Kavramının Gelişimi	17
2.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı	21
2.3.1. Akılcı Olmayan İlaç Kullanım Sonuçları	22
2.4. Dünyada ve Türkiye’de Farmakovijilans Çalışmaları	23
2.5.Türkiye’de Hekimlere Yönelik AİK Eğitim Programları	24
2.5.1.Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki Akılcı İlaç Eğitimi	25
3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri	26
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	26
3.3. Araştırmanın Veri Kaynakları	26
3.4. Veri Toplama Yöntemi	27
3.5. Çalışmada Kullanılan Değişkenler	27
3.6. Araştırmada Kullanılan Terim, Tanım ve Kabul Edilen Kriterler	28
3.7. İstatistiksel Analizler	29

4.BULGULAR	30
4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri	30
4.2. Araştırma Görevlisi Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri:	30
4.3. Tıp Fakültesi Dönem 6 Öğrencilerinin Sosyodemografik Özellikleri:	41
4.4. Araştırma Görevlisi Hekimler ve Tıp Fakültesi Dönem 6 Öğrencilerinin AİK Uygulamaları Açısından Karşılaştırılması:	50
5.TARTIŞMA	
5.1.1. AİK Eğitimi Alan ve Almayan Araştırma Görevlisi Hekimlerin Öz Değerlendirmeleri	61
5.2. Tıp Fakültesi Dönem 6 Öğrencilerinin Sosyodemografik Özellikleri:	71
5.3. Araştırma Görevlisi Hekimler ve Tıp Fakültesi Dönem 6 Öğrencilerinin AİK Uygulamaları Açısından Karşılaştırılması:	75
5.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları	78
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	79
ÖNERİLER	81
7.KAYNAKLAR	84
8. EKLER	96
EK-1	96
EK-2	98

TABLO LİSTESİ

Tablo I: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı	30
Tablo II : Araştırma Görevlisi Hekimlerin Bazı Özelliklerinin Dağılımı	31
Tablo III: Hekimlerin AİK Konusunda Kendi Bilgi Düzeylerinin Değerlendirme Sonuçları	32
Tablo IV: Reçete Yazarken Araştırma Görevlisi Hekimlerin Kullandıkları Kriterlerin Önem Derecesinin Dağılımı	34
Tablo V: Araştırma Görevlisi Hekimlerin Reçeteleme Sırasında Başvurdukları Kaynakların Dağılımı	35
Tablo VI: Katılımcıların Reçeteleme Öncesinde Sorguladıkları Anamnez Bilgilerinin Dağılımı.....	36
Tablo VII: AİK Eğitimi Alan ve Almayan Araştırma Görevlisi Hekimlerin Hastalarına Reçetede Yazdıkları İlaçlar Hakkında Verdikleri Bilgiler	38
Tablo VIII: Araştırma Görevlisi Hekimlerin Hastalarına Reçeteledikleri İlaçlar Hakkında Verdikleri Bilgiler Konusundaki Öz Değerlendirmeleri	40
Tablo IX: Araştırma Görevlisi Hekimlerin Hastaların Özel Olarak İsteddiği İlaçları Reçete Etme Durumları.....	40
Tablo X: Araştırma Görevlisi Hekimlerin Tanı ve Tedaviye Yönelik Bazı Davranışlarının Dağılımı.....	41
Tablo XI: Dönem 6 Öğrencilerinin AİK Konusunda Kendi Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Sonuçları.....	42
Tablo XII.: Reçete Yazarken Dönem 6 Öğrencilerinin Kullandıkları Kriterlerin Önem Derecesinin Dağılımı.....	44
Tablo XIII: Dönem 6 Öğrencilerinin Reçeteleme Sırasında Başvurdukları Kaynakların Dağılımı	45
Tablo XIV. Dönem 6 Öğrencilerinin Reçetelemede Sorguladıkları Anamnez Bilgilerinin Dağılımı.....	46
Tablo XV. Hastalara Reçetede Yazılan İlaçlar Hakkında Öğrencilerin Verdikleri Bilgilerin Dağılımı	47
Tablo XVI. Öğrencilerin Reçetede Yazılan İlaçlar Hakkında Verdikleri Bilgileri Yeterli Görme Durumları.....	49

Tablo XVII: Katılımcıların AİK Konusundaki Kendi Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo XVIII: AİK Eğitimi Alan Araştırma Görevlileri ve Dönem 6 Öğrencilerinin Reçeteleme Sırasında Göz Önüne Aldıkları Kriterlerin Önem Derecesinin Dağılımı.....	52
Tablo XIX: Katılımcıların Reçeteleme Sırasında Başvurdıkları Kaynakların Dağılımı*	53
Tablo XX: Katılımcıların Reçeteleme Öncesinde Sorguladıkları Anamnez Bilgilerinin Dağılımı.....	54
Tablo XXI: Katılımcıların Reçetede Yazdıkları İlaçlar Hakkında Hastalara Verdikleri Bilgilerin Dağılımı	56
Tablo XXII: Katılımcıların Hastalarına Reçeteledikleri İlaçlar Hakkında Verdikleri Bilgiler Konusundaki Öz Değerlendirmeleri.....	58

ÖZET

Giriş-Amaç Günümüzde ilaç kullanımı, sağlık hizmetleri açısından vazgeçilemez bir konumdadır. Bir insanlık hakkı olarak sağlık ve sağlığa erişmekte eşitlik ilkesinden hareketle DSÖ, ilaca erişebilirliğin uzun vadeli ilaç politikalarının ayrılmaz bir parçası olarak görülmesi gerektiği sonucuna varmıştır. Daha geniş bir çerçeveden bakıldığında bu konu tüm sağlık politikasının bir parçası olarak değerlendirilmiştir. Bu çalışma ile Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi(OMÜTF)'nde görev yapan araştırma görevlisi ve son sınıf öğrencilerinin, Akılcı İlaç Kullanımı(AİK)'na yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Kesitsel tipteki bu araştırma Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi'nde yapılmıştır. Araştırmaya 10.01.2016-10.05.2016 tarihleri arasında OMUTF'nde görev yapmakta olan toplam 218 araştırma görevlisi hekim ve 182 dönem 6 öğrencisi dâhil edilmiş olup, örneklem seçilmemiştir. Çalışmanın sonunda tüm evrene ulaşılmıştır. İstatistiksel analizlerde Ki-kare Testi ve Eğitimde Ki-kare Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma grubundaki 400 katılımcının 218(%54,5)'i araştırma görevlisi ve 182(%45,5)'si OMÜTF dönem 6 öğrencisidir. Araştırma görevlisi hekimlerin ortanca çalışma süresi 5,0 (min1-maks15) yıl olup, 146(%67)'si dahili bölümlerde çalıştıklarını ve 14(%6,9)'ü hasta muayenesi başına 20 dakikadan az zaman ayırabildiğini ifade etmiştir. Araştırma görevlisi hekimlerin 108 (%49,5)'i tıp fakültesi eğitimleri sırasında AİK eğitimi aldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların ilaçlar konusundaki kendi bilgi düzeylerini değerlendirmeleri istendiğinde; tüm alt başlıklarda AİK eğitimi alan araştırma görevlilerinin almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha fazla oranda iyi ve çok iyi olarak değerlendirirken, AİK eğitimi almayan araştırma görevlileri kötü ve çok kötü olarak değerlendirmişlerdir($p<0.05$). Benzer şekilde tüm alt başlıklarda dönem 6 öğrencilerinin AİK eğitimini faydalı bulanlar faydalı bulmayanlara göre kendilerini istatistiksel olarak anlamlı iyi ve çok iyi olarak değerlendirmiştir($p<0.05$). AİK eğitimi alan araştırma görevlileri ve dönem 6 öğrencileri daha fazla olarak ilacın etkililiği ve güvenliliğini en önemli kriter olarak dikkate almaktayken, ilacın fiyatını daha az önemli kriter olarak kabul etmektedir. Araştırma görevlisi hekimlerin hastalarına reçeteledikleri ilaçlar

hakkında verdikleri bilgiler konusundaki öz değerlendirmeleri irdelendiğinde, her ilacın hastalara yeterli anlatılmadığı, kullanımı özen isteyen ilaçları AİK eğitimi alanların (%60,8) daha fazla anlattığı ve eczanede anlatılacağı için AİK eğitimi almayanların daha fazla oranda (%66,7) ilaçları hastalara anlatmadığı bulunmuştur. “Yeterli anlatıyorum, çünkü hasta ilacını nasıl kullanacağını tam olarak anlamalıdır.” önermesini, AİK eğitimini faydalı bulan öğrencilerin %94.0’ü doğru olarak nitelmiştir. Hem araştırma görevlisi hem de dönem 6 öğrencilerinin reçeteleme sırasında en sık interneti kaynak olarak kullanmaktadır.

Sonuç-Öneriler: AİK süreci tanı konulması, reçete yazılması, ilacın verilmesi ve hastalar tarafından kullanılmasını içermektedir. Bu nedenle AİK çerçevesinde yürütölen faaliyetlerde en fazla rol hekimlere düşmektedir. Hekimlerin AİK konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları, AİK’nın yaygınlaştırılması için yürütölen tüm faaliyetlerde aktif rol almaları gerekmektedir. Bu nedenle hekimlerin tıp faköltesi eğitimleri sırasında ve mesleğe atıldıktan sonra, AİK konusunda eğitim programlarına gereksinim bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akılcı İlaç Kullanımı, Araştırma Görevlisi, Dönem 6 Öğrencileri

ABSTRACT

Introduction-Purpose Today, drug use is indispensable in terms of health services. Moving from the principle of equality of access to health and health as a human right, WHO has reached the conclusion that profound accessibility should be seen as an integral part of long-term drug policies. When viewed from a broader perspective, this issue has been regarded as part of the overall health policy. In this study, it was aimed to evaluate the knowledge and attitudes of research assistants and senior students who are working at Ondokuz Mayıs University Medical Faculty (OMÜTF) in Samsun, on Rational Drug Use (RDU).

Material-Method: This cross-sectional study was conducted in Ondokuz Mayıs University, Samsun. A total of 218 research assistant doctors and 182 semesters who were working in OMUTF between 10.01.2016 and 05.05.2016 were included in the study and no sample was selected. At the end of the work, the whole house was reached. Chi-square test and trend for chi-square test were used for statistical analysis.

Findings: Of the 400 participants in the study group, 218 (54.5%) were research assistants and 182 (45.5%) were OMÜTF term 6 students. The median duration of study of the surveyed physicians was 5.0 (min1-max15) years and 146 (67%) were working in internal departments and 14 (6.9%) were able to allocate less than 20 minutes per patient examination. 108 (49.5%) of the surveyed physicians stated that they received AIK training during their medical faculty training. When participants are asked to evaluate their knowledge of drugs; ($P < 0.05$). All the sub-titles evaluated the researchers who received AIK training as more or less good and statistically significantly better than those who did not. Likewise, in all sub-titles, those who found the AIK training of period 6 students as useful were evaluated as statistically significantly better and better than those who did not find it useful ($p < 0.05$). While the researchers who received AIK training and the 6th grade students more consider the effectiveness and safety of the drug as the most important criteria, they consider the price of the drug to be a less important criterion. When the self-evaluations of the information provided by the investigator doctors about the drugs they prescribe were examined, it was found out that more than 60% of the patients who do not care enough about the

medication and the patients who do not care about the medication, 7) the medication was found not to tell the illness. "I tell them enough, because the patient must know exactly how to use the drug." 94.0% of the students who found RDU training useful were described as correct. Both research assistant and semester 6 students use it as the internet resource most frequently during prescribing.

Conclusion-Recommendations: The RDU process includes diagnosis, prescribing, medication and use by patients. For this reason, most of the activities carried out in the framework of RDU falls to physicians. Physicians should have sufficient knowledge of RDU and should take an active role in all the activities carried out for the dissemination of RDU. For this reason, there is a need for training programs on RDU during the medical faculty training of physicians and after they have been employed in the profession.

Key words: Rational Drug Use, Research Assistant, Term 6 Students

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilacı “fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, alıcının yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan ya da kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün” olarak tanımlamaktadır (Kayaalp,2009). İlaçlar bir yandan doğru seçim, yeterli doz ve uygun sürede kullanıldığında, insan ve toplum sağlığının devamlılığı ve geliştirilebilmesi için son derece gerekliken; diğer yandan uygunsuz kullanıldığında ölüme kadar varan ciddi sonuçlar oluşturabilen toksik maddelerdir (Mollahaliloğlu,2000).

Günümüzde ilaç kullanımı, sağlık hizmetleri açısından vazgeçilemez bir konumdadır. Bir insanlık hakkı olarak sağlık ve sağlığa erişmekte eşitlik ilkesinden hareketle DSÖ, ilaca erişebilirliğin uzun vadeli ilaç politikalarının ayrılmaz bir parçası olarak görülmesi gerektiği sonucuna varmıştır. Daha geniş bir çerçeveden bakıldığında bu konu tüm sağlık politikasının bir parçası olarak değerlendirilmiştir(Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı,2014-2017).

Hastalıkların tanı ve tedavisindeki gelişmeler sayesinde, toplumun ilaç kullanım talebi artmaktadır. İlaç tüketimini arttıran diğer bir sebep de israftır. İsraf en çok yanlış tanı, ilaç şirketlerinin pazarlama yöntemleri, tüketicinin bilinçsizliği, etik olmayan ilişkiler, ilaçların hastalar tarafından tam olarak kullanılmaması gibi nedenlerden kaynaklanmaktadır(Eşkazan,2008, WHO,2014).

Yanlış, gereksiz, etkisiz ve yüksek maliyetli ilaç kullanımı olarak tanımlanabilen akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK), tüm dünyada çeşitli boyutlarda sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar arasında hastalık ve ölüm oranlarında artış olması, ilaçların yan etki riskinin artması, kaynakların yanlış tüketilmesiyle sonuçta temel ilaçlara bile ulaşılabilirliğin azalması, acil ve temel ilaçlara karşı gelişebilecek direnç dayalı olarak tedavinin ekonomik ve sosyal maliyetinin artması sayılabilir. DSÖ'nün verilerine göre, dünya genelinde tüm ilaçların yaklaşık yarısı uygun olmayan şekilde reçetelenmekte, satılmakta veya uygulanmaktadır. Tüm hastaların yarısından fazlası da ilaçlarını doğru şekilde kullanamamaktadır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde AOİK halk sağlığını etkileyen ciddi bir sorundur. Bu nedenlerden dolayı dünyada çeşitli çözüm yolları üretilmeye, geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bu bağlamda dünyada “Akılcı İlaç Kullanımı (AİK)” çalışmaları başlatılmıştır (AİK Ulusal Eylem Planı, 2014-2017).

AİK ilk kez DSÖ tarafından 1985 yılında Nairobi’de düzenlenen bir toplantıda “hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları, kişisel gereksinimlerini karşılayan dozlarda, yeterli bir süre boyunca, kendilerine ve topluma en az maliyet ile kullanmaları” olarak tanımlanmıştır. Bu tanımda yer alan maddelerden birinin veya birkaçının karşılanmaması durumu AOİK olarak kabul edilmektedir (World Health Organization. Promoting Rational use of Medicines: Core Components. WHO Policy Perspectives on Medicines. Report WHO/EDM/2002.3.Geneva: WHO; 2002). İlaçların akılcı kullanılması insan sağlığı, ülke ekonomisi ve kaynakların gereksiz kullanımının önüne geçilmesi gibi sebeplerle her geçen gün dünyada daha çok önem kazanmaktadır(WHO, 2010).

AİK, ilaçların hem bireysel hem de toplumsal düzeyde hastalıkların önlemedeki rolünden dolayı ayrı bir öneme sahiptir(N. Abacıoğlu, 2005). AİK’nda hangi ilacın uygulanacağına karar veren hekim, ilacın teminini sağlayan eczacı, ilacı uygulayan hemşire ve ilacın uygulandığı hasta bütün olarak değerlendirilmektedir. İlaçla tedavi kararında ilk ve en önemli aşama hastaya hekim tarafından doğru tanı konulmasıdır. Sonraki aşamada ise hastanın şikayeti, fizik muayenesi, psikolojik durumu, eşlik eden diğer hastalıklar ve/veya ilaçlara karşı oluşan alerji öyküsü yani ilacın hastaya uygunluğu göz önünde bulundurulmalıdır. Hastalar ilaç verilmeden önce diyet, egzersiz ve yaşam biçimi değişiklikleri açısından bilgilendirilmelidir. Akılcı ilaç tedavisinde, hastanın tedaviye uyumu, hekimin hasta ve hasta yakınları ile iletişimi önemli bir role sahiptir (Abacıoğlu, 2005, Eşkazan,2008).

AOİK hastaların tedaviye uyuncunun azalmasına, ilaç etkileşimlerine, bazı ilaçlara karşı direnç gelişmesine, hastalıkların tekrarlamasına ya da uzamasına, advers olay görülme sıklığının artmasına, tedavi maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır(Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) Ulusal Eylem Planı, 2014-2017). AOİK ilaç harcamaları açısından değerlendirildiğinde, gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre daha fazladır. AOİK sonucunda ilaç üretiminde dışa bağımlılık ve gereksiz, aşırı ilaç kullanımı gündeme gelmektedir. Ülkemizdeki sağlık harcamaları içinde de AOİK payı oldukça yüksektir (Eşkazan,2008, WHO, 2014).

Ülkemizde “AİK Ulusal Eylem Planı 2014-2017”nin saha çalışmalarına başlaması ile ilaç harcamaları 2014 yılında 17.629 milyar TL iken, 2015 yılında 16.951 milyar TL olarak rapor edilmiştir

(<http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari>).

Bu eylem planı çerçevesinde AOİK'nın önüne geçebilmek için toplumun yüksek maliyetli, yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilmesi; reçeteyi yazan hekimle, hasta arasındaki iletişimin tam olması konularında çalışmalar yapılmaktadır (<http://www.akilciilac.gov.tr>).

AİK süreci; tanı konulması, reçete yazılması, ilacın verilmesi ve hastalar tarafından kullanılmasını içermektedir. Bu nedenle AİK çerçevesinde yürütülen faaliyetlerde en fazla rol hekimlere düşmektedir. Hekimlerin AİK konusunda yeterli bilgiye sahip olmaları, AİK'nın yaygınlaştırılması için yürütülen tüm faaliyetlerde aktif rol almaları gerekmektedir(Devlet Planlama Teşkilatı, 2001, Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştay Raporu. Ankara: 2006, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni,2005).

Bu çalışmanın amacı Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapan araştırma görevlisi ve son sınıf öğrencilerinin, AİK'na yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirmektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.İlaç Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilacı “fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, alıcının yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan ya da kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün” olarak tanımlamaktadır (Kayaalp,2012). Başka bir tanıma göre ilaç; tıpta kullanılan ve biyolojik etkinliğe sahip saf bir kimyasal madde ya da ona eşdeğer olan bitkisel veya hayvansal kaynaklı, standart dozda aktif madde ihtiva eden bileşim olup, hastalıkların önlenmesi, tanısı ve diğer tıbbi amaçlarının yanı sıra, asıl olarak hastalıkların tedavisi için kullanılmaktadır(Kayaalp, 2009, Aktay G, Hancı HY, Balseven A,2003).

İlaç, her iki tarafı keskin bir bıçak gibidir. Doğru kullanıldığında insan sağlığını ve yaşamını tehdit eden olumsuzluklara son verebilirken, uygunsuz kullanıldığında ölüme kadar varabilen ciddi sonuçlar oluşturabilmektedir. İlaçlar doğru endikasyonda, yeterli doz ve uygun sürede kullanıldığında insan ve toplum sağlığının devamlılığı ve geliştirilebilmesi için vazgeçilmezdir (Mollahaliloğlu S, 2000). Ancak tanı ve tedavi amacıyla kullanılmaları sırasında yararlarının yanı sıra, öngörülebilir ya da öngörülemez yan etkiler, toksik etkiler, allerjik reaksiyonlar, idiyosenkrazi veya ilaç etkileşimleri gibi istenmeyen durumlar ortaya çıkabilmektedir. Bu durumlar toplumsal sağlığın bozulmasına neden olabilmektedir (Aktay ve ark. , 2003).

Çok eski çağlardan beri hastalıkların tedavisi amacıyla kullanılan ilaç, son yüzyılda giderek artan sayı ve çeşitliliği ile insan ve toplum sağlığının sürdürülüp geliştirilmesinde vazgeçilmez bir araç olmuştur. Modern tıbbın en temel tedavi aracına dönüşerek, sadece hastanelerin ve eczanelerin sınırları içerisinde kalmamış, günümüzde toplumun önemli bir tüketim ürününe dönüşmüştür. Bu dönüşüm, ilacın doğru kullanılması ve ilaçtan en iyi şekilde yarar alınabilmesi amacıyla sadece sağlık çalışanlarına değil, ilacı kullanan kişilere de önemli görevler yüklemiştir(Kayaalp,2012,Goodman&Gilman2012)

Günümüzde ilaç kullanımı, sağlık hizmetleri açısından vazgeçilemez bir konudur. Bir insanlık hakkı olarak sağlık ve sağlığa erişmekte eşitlik

ilkesinden hareketle DSÖ, ilaca erişebilirliğin uzun vadeli ilaç politikalarının ayrılmaz bir parçası olarak görülmesi gerektiği sonucuna varmıştır. Daha geniş bir çerçeveden bakıldığında bu konu tüm sağlık politikasının bir parçası olarak değerlendirilmiştir(AİK Ulusal Eylem Planı, 2014-2017).

İlaçlar toplumsal açıdan; temel ilaçlar, yeni ilaçlar ve geliştirilmekte olan ilaçlar olarak üç kategoriye ayrılmaktadır(Liu, 2008,Pınar, 2012). Toplumun çoğunluğunun sağlık gereksinimleri açısından en gerekli olan, her zaman, yeterli miktarda ve uygun doz formlarında bulunması gereken ilaçlar temel ilaçlar olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram ilk kez 1977'de, gelişmekte olan ülkelerde ilacın bulunabilir ve erişilebilir olmamasından ve ilacın doğru kullanılmamasından kaynaklanan sorunların ciddi bir boyut kazanması üzerine, DSÖ tarafından gündeme getirilmiştir(Şemin,2006). Başlangıçta az gelişmiş ülkeler için önerilmiş, ancak kısa sürede toplumsal açıdan önemi saptandığından Avrupa ülkeleri ve ABD'de de geçerliliği olan bir uygulama haline gelmiştir(TTB, 1995). Temel ilaç listeleri, toplumda en sık görülen hastalıkların tedavisi için ihtiyaç duyulan birincil ilaçların listeleri olduğundan bu listelerin geliştirilmesi, ilaçların duplikasyonunu azaltırken, akılcı reçete yazımına, sağlık bütçesinin kanıta dayalı olarak hazırlanmasına ve bu bütçenin en etkili şekilde kullanılmasına da yardımcı olmaktadır (Fasehun, 1999). Bu listede yer alan ilaçlara erişim, kamu sağlığı ile bağlantılı olmasından dolayı temel insan haklarından birisi olarak kabul edilmektedir (Liu, 2008; Pınar, 2012).

DSÖ temel ilaçlar ve diğer ilaçlar hakkında küresel anlamda rehberlik yaparak, temel ilaçlara ulaşabilmede eşitliğin sağlanması ve akılcı ilaç kullanımı(AİK)'nı sağlayacak "ulusal ilaç politikaları"nın yerleştirilmesinde ülkelerle işbirliği yapmaktır(Şemin, 2006). Bu bağlamda 1977 yılında hazırlanan ilk "Model Temel İlaç Listesi"nde 208 ilaç yer almaktayken, 1997'de hazırlanan 10. Model Listede 306 ilaç bulunmaktadır. Son 20 yıl içinde listeye yeni ilaçlar eklenmiş ve artık uygun bulunmayan bazı ilaçlar listeden çıkarılmıştır. Günümüzde liste, dünya nüfusunun büyük bir kısmını etkileyen bulaşıcı hastalıklarla, kronik hastalıkların etkili ve güvenli tedavisini sağlayabilecek özellikte ilaçları içermektedir (Kalyoncu, 2004).

DSÖ'nün ilaçlar için 2000-2003 stratejisi; politika, kalite ve güvenlik, AİK ve ulaşılabilirlik olmak üzere dört amacı öngörmektedir(Kalyoncu, 2004).

İlaçların akılcı kullanılması insan sağlığı, ülke ekonomisi ve kaynakların gereksiz kullanımının önüne geçilmesi gibi sebeplerle her geçen gün dünyada giderek daha çok önem kazanmaktadır(WHO, 2010).

2.2. “Akılcı İlaç Kullanımı” Kavramının Dünyada Gelişimi

Hastalıkların tedavisinde ilaçların ilk kez kullanılmaya başlanmasından beri doğru olmayan, etkisiz, gereksiz, yetersiz ve yüksek maliyetli ilaç kullanımı tüm dünyada farklı boyutlarda sorunlara neden olmuştur. Bu sorunların yaşanmaması için çeşitli çözüm yolları üretilmeye ve önlemler alınmaya çalışılmıştır. AİK uygulamaları, alınan önlemlerden birisidir(Küçükhüseyin C, 2004, Conference of Experts on the Rational Use of Drugs 1985).

AİK kavramı ilk olarak, 1847 yılında kendi evinde ilk farmakoloji enstitüsünü kurarak farmakolojik tedavinin ve dolaylı olarak AİK'nın kurumsallaşmasını sağlayan, Estonya'lı Rudolf Bucheim tarafından kullanılmıştır(Küçükhüseyin C,2004). Aradan geçen yıllar boyunca soruna farklı yaklaşımlarla çözüm üretilmeye çalışıldıysa da, en sistematik yaklaşım AİK olmuştur. AİK ile ilgili olarak DSÖ tarafından 1977 yılında Temel İlaç Listesi'nin oluşturulması ile ilk sistemli adımlar atılmış ve 1979 yılında “Temel İlaçlar Eylem Planı” hazırlanmıştır(IMS Health Data,2006). DSÖ 1985 yılında Nairobi'deki günümüzde önemi büyük olan AİK'na yönelik olarak bir toplantı düzenlemiştir. Bu toplantı ile AİK'nı yaygınlaştırmak üzere tavsiye niteliğinde kararlar benimsenmiştir. 1986 yılında ulusal ilaç politikalarının oluşturulmasına yönelik toplanılarak rehber oluşturulmuş, bu rehber doğrultusunda DSÖ tüm ülkelerin ayrıntılı bir ulusal ilaç politikası oluşturması ve yürütmesini tavsiye etmiştir(Abacıoğlu, 2005, WHO Report of the Conference of Experts. Nairobi: 1985).

1992 yılında Avustralya'da farmasötik ürünlerin sağlık ekonomisi değerlendirmeleri için kılavuzlar hazırlanmış ve buna paralel olarak Avustralya, ilaç firmalarından ürünlerinin ulusal formüllerde yer alabilmesi için maliyet-etkililiklerini kanıtlamalarını isteyen ilk ülke olmuştur (Neumann, P.J. 2004, Hjelmgren, J., Berggren, F., Andersson, F., “Health Economic Guidelines-Similarities, 2001). Belçika, Fransa, İtalya, İsveç gibi bazı diğer ülkelerde de yeni ilaç başvurusu yapılırken, ürünle ilgili maliyet-etkililik analizleri istenmeye başlanmıştır(Gafni, A., Birch, S.,2003).

1994'ten itibaren Japonya'da bütün ilaçlar ve tıbbi aletlerin fiyatları Sağlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından belirlenmekte ve ilaç endüstrisinden yeni ilaç başvurularının hepsinde farmakoeconomik analiz bölümünün bulunması istenmektedir (Doherty, J., Sato, K.,2003).

Son yarım asırda ise, dünyada ve ABD'de sağlık ve ilaç alanında devrim niteliğinde değişiklikler meydana gelmiştir (Heller ve Rocklin, 2008). Özellikle son 10 yıllık süreçte, hastalıkları tedavi eden, hayat kurtaran, aileleri ve toplumu yok olmaktan koruyan ilaçların gelişiminde mucizevi ilerlemeler gerçekleşmiştir (Mossialos, Mrazek, Walley ve McGuire, 2004). Sağlık hizmetlerindeki gelişmelerin yarısı ilaç kökenli olmuştur. İlaç harcamalarında meydana gelen her % 10'luk artış ile ölüm oranlarında % 1'lik bir düşüş sağlanmıştır. Bu da ortalama ömrün 5-18 yıl arasında uzamasına yönelik beklentilerin ortaya çıkması anlamına gelmiştir(Bunker, 2001). Shaw, Horrace ve Vogel (2005) yaptıkları araştırmada, ilaç tüketimindeki artışın orta ve ileri yaşlarda ortalama yaşam süresi üzerine pozitif yönlü bir etkisinin olduğunu göstermişlerdir. Yaş dağılımına duyarlı olan yıllık ilaç harcamalarının iki katına çıkması sonucu, 40 yaş erkeklerde ortalama yaşam süresinin üzerine 1 yıl, 65 yaş kadınlarda 1 yıldan daha az eklendiğini ortaya koymuşlardır. İlaç harcamalarındaki artışla beraber toplam sağlık harcamalarının da artmasının beklendiğini, Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) üyesi ülkelerinde yaşam süresinde ortalama 1 yıllık artışın toplam sağlık harcamalarını yaklaşık olarak % 1,3 oranında artırabileceğini belirtmektedir(Çetin ve Ecevit, 2010).

Diğer yandan 20. yüzyılda ilaç endüstrisindeki bu gelişim; tüm dünyada yanlış, gereksiz, etkisiz ve yüksek maliyetli ilaç kullanımını artırmış ve bir takım sorunları da beraberinde getirmiştir. ABD'de advers etki 4. sıklıkta ölüm nedeni olup, advers etkiler ABD ve Avustralya'da hastaneye yatışların % 4-6'sından sorumlu tutulmaktadır. İlaçlara bağlı morbidite ve mortalite giderlerinin ABD'de 30 milyon- 130 milyon dolar olduğu tahmin edilmektedir. DSÖ, 2006 yılında tüm dünyada ilaç harcamalarına ayrılan kaynağın yaklaşık 859 milyar \$ olduğunu açıklamıştır. Dünyada Gayrisafi Hasıla içinde ilaç harcamalarına ayrılan pay ortalama %1,52 iken, ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı ortalama %24,9'dur (WHO,2006, AİK çalıştay sonuç raporu, Ankara, 22-23 Aralık 2006). Yine DSÖ'nün verilerine göre, dünya genelinde tüm ilaçların

yaklaşık yarısı uygun olmayan şekilde reçetelenmekte, satılmakta veya uygulanmaktadır. Hastaların yarısından fazlası da ilaçlarını doğru şekilde kullanamamaktadır(AİK Ulusal Eylem Planı, 2014-2017).

Tüm bu gelişmeler ışığında DSÖ'ü ulusal ilaç politikalarının, temel ilaçlara adil şartlarda erişimi amaçlaması ve tüm ilaçların kaliteli, etkili ve güvenilir olması gerektiğini ifade etmektedir. Politikaların, sağlık profesyonelleri ve tüketiciler tarafından ilaçların terapötik olarak uygun ve maliyet etkili kullanımlarının yaygınlaştırılmasını içermesi gerektiği belirtilmektedir(DSÖ, 1995: 15,16).

Dünyada AİK'na yönelik gelişmelere paralel olarak, hekimlerin ve sağlık çalışanlarının AİK konusunda eğitimleri de gündeme gelmiştir. Kanada, ABD ve Avrupa'daki araştırmalar, farmakoterapi alanında planlı eğitimin göreceli olarak yaygın olmadığı sonucunu ortaya koymuştur. Çoğu tıp fakültesinde farmakoterapi eğitimi, hastaları tedavi etme becerisinden çok ilaçlarla ilgili bilgilerin aktarılması özelliğini taşımaktadır. 1990'lı yılların ortasında farmakoterapi eğitimini iyileştirmek için bazı eğitim programları geliştirilmiştir. 1993 yılında kurulan İlaç Eğitim Projesi (DEP:Drug Education Project) kapsamında, mezuniyet sonrası pratisyen hekimlerin AİK'na yönelik yapılan eğitimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada; Hollanda, İsveç, Norveç, Almanya ve Slovakya'da yürütülen AİK eğitimi başarılı olmuştur(Veninga L,Lagerlov P,2000). Kısa süreli farmakoterapi eğitiminin tıp fakültesi öğrencileri üzerine etkisinin araştırıldığı uluslararası randomize kontrollü başka bir çalışmada, Groningen (Hollanda), Katmandu (Nepal), Lagos (Nijerya), New Castle (Avustralya), Yeni Delhi (Hindistan), San Fransisco (ABD), Yogyakarta (Japonya)'da 219 tıp fakültesi öğrencisi üzerinde yapılan müdahale araştırmasında, müdahale grubundaki öğrencilerin daha başarılı olduğu görülmüştür (De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Bapna JS, Bero L, Kafle KK, Mabadeje AFB, Santoso B, Smith AJ. Impact of a short course in pharmacotherapy for undergraduate medical students. Lancet 1995; 346: 1454-7). Groningen'deki (Hollanda) olumlu deneyimlere ve bunu izleyen, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki yedi tıp fakültesini kapsayan büyük bir uluslararası çalışma verilerine dayanarak DSÖ, tıp fakültesi öğrencileri için akılcı reçete yazma ilkeleri üzerine bir el kitabını, 2003'te Reçete Yazma Rehberi'ni geliştirmiştir ve 2006 yılına kadar 18 dile çevrilmiştir. Bu kılavuzlar öğrencilere

farmakoterapi mantığı için normatif bir model sunmuştur. İlk olarak, öğrencilere sık görülen hastalıklar için standart bir tedavi geliştirmeleri öğretilmekte, bunun sonucunda K (kişisel) ilaçlar adı verilen bir grup ilk seçenek ilaç ortaya çıkmaktadır. Yaklaşımın mantığı, tıp öğrencilerinin eğitimleri sırasında veya kariyerlerinin başlarında, daha sonra düzenli olarak kullanacakları bir ilaç grubu geliştirmelerine dayanmaktadır (<http://www.akilciilac.gov.tr>).

Son olarak DSÖ, AOİK'nın tüm dünyanın sorunu olduğunu ve çeşitli çözüm yolları üretilmesi ve geliştirilmesi gerektiğini belirtmektedir. Bu bağlamda dünyada AİK çalışmaları başlatılmış ve DSÖ AİK ile ilgili olarak bazı önerilerde bulunmuştur(Özata, 2008; AİK Ulusal Eylem Planı, 2014-2017). Bu öneriler;

- Koordinasyonu sağlayacak ulusal multidisipliner bir kurumun kurulması,
- Kanıt dayalı klinik rehberler oluşturulması,
- Temel İlaçlar Listesinin oluşturulması,
- Bölgelerde / hastanelerde İlaç ve Tedavi Komitesinin kurulması,
- Hastane Formülleri oluşturulması,
- Tıp fakültelerinden mezuniyet öncesi farmakoterapi ve reçeteleme eğitimlerinin verilmesi,
- Sürekli meslek-içi eğitimlerin tüm sağlık çalışanlarına verilmesi,
- Geri bildirim sistemi oluşturularak tüm sağlık çalışanların sisteme dahil edilmesi,
- Toplumun bilinçlendirilmesi ve eğitimler yapılmasıdır (IMS Health Data,2006).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, hasta ve toplum sağlığı açısından ilaçların akılcı kullanımının sağlanması günümüzde giderek önem kazanmaktadır. Çünkü ilaçlar, bireysel ve toplumsal düzeyde hastalıkların önlenmesi ve hastalıklarla mücadele konusunda büyük öneme sahip teknoloji ürünleridir. Bu nedenle halk sağlığı için, bu değerli kaynağın akılcı kullanımı esastır. Diğer yandan tıbbi tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ve ilaç devrimi sayesinde geniş kitlelerin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi, ilaçlara olan talebi ve ilaç tüketimini hızlı bir şekilde artırmakta, israfa neden olmaktadır. İlaç tüketiminin artışından ve israfından pek çok faktör sorumlu tutulmaktadır. Bu durumun temel nedenleri arasında çok uluslu ilaç şirketlerinin pazarlama yöntemleri, reklâm, reçetesiz ilaç kullanımı, yanlış teşhis, tüketicinin bilinçsizliği, etik olmayan ilişkiler, ilaçların hastalar tarafından bitinceye kadar kullanılmaması gibi nedenler yer almaktadır.

Ayrıca çevre kirliliği, sigara, alkol, sağlığa zararlı gıda maddelerinin tüketiminin artması ve stres gibi sağlığı olumsuz etkileyen faktörler, yeni hastalıkların oluşumuna zemin hazırlayarak ilaç tüketimindeki artışı tetiklemektedir (Ambwani S and Mathur AK,2007).

2.2.1 Akılcı İlaç Kullanımının “Akılcılık” Ölçütleri

AİK; ilaçla tedavinin etkili, güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasını sağlayan ve DSÖ tarafından geliştirilen planlama, yürütme ve izleme sürecidir. Bir piramidin tepe noktası olan AİK kavramının hayata geçirilmesi; piramidin tabanını ve gövdesini oluşturan ilkelerin uygulanması ile mümkündür. Bu ilkeler;

- Hastanın şikâyetinin doğru bir şekilde algılanması
- Hekim tarafından doğru tanının konulması
- Etkili ve güvenilir tedavinin seçilmesi
- Tedavinin maliyetinin değerlendirilmesi
- Tedavi başarısının, hastanın uyumunun değerlendirilmesi
- İlaçla tedavi uygulanacaksa hastaya uygun ilaçların seçilmesi
- Tedavide kullanılan ilaçların istenmeyen etkilerinin değerlendirilmesi
- Çoklu ilaç kullanımlarında ilaç etkileşimlerin değerlendirilmesi
- Her bir ilaç için uygun doz ve yol seçilmesi
- Uygulama süresinin doğru belirlenmesi
- Hasta ve hasta yakınının uygulanan tedavi hakkında bilgilendirilmesi
- Hastanın izlenmesidir(Alem, 2006).

AİK'nın hayata geçirilmesinde hastalardan hekimlere, sağlık otoritesinden ilaç sağlayıcılara kadar herkese önemli sorumluluklar düşmekle beraber, hekimlerin rolü en belirleyici olandır. Bu bağlamda başta hekimlerin AİK performansı olmak üzere, AİK ilkelerinin ne düzeyde hayata geçirildiğini gösteren standardize kriterler geliştirilmiştir. İlaç kullanımında AİK ilkelerine ne ölçüde uyulduğunun tespitini kolaylaştıran bu göstergelerden uluslararası en kabul göreni INRUD (International Network for the Rational Use of Drugs)'dur. INRUD'un AİK göstergeleri arasında:

A. Reçeteleme Göstergeleri

- Hasta başına düşen ilaç sayısı

- Jenerik adıyla yazılan reçete yüzdesi
- Antibiyotik yazılan hasta yüzdesi
- Enjekte edilebilen preparat yazılan yüzdesi
- Temel ilaç listesinden veya ulusal ilaç formüllerinden yazılan ilaç sayısı

B. Hasta Bakımı Göstergeleri

- Ortalama konsültasyon zamanı
- Ortalama kullanım süresi
- Gerçekten kullanılan ilaçların yüzdesi
- Uygun şekilde etiketlenen ilaçların yüzdesi
- İlaçların uygun dozunu bilen hasta yüzdesi

C. Tesis Göstergeleri

- Temel ilaç listesinin veya formüllerlerin hekimler tarafından bulunabilirliği
- Klinik tedavi kılavuzlarının bulunabilirliği
- Ulaşılabilir anahtar ilaçların yüzdesi

D. Tamamlayıcı İlaç Kullanımı Göstergeleri

- Ziyaret başına düşen ilaç maliyeti
- Klinik tedavi kılavuzları ile uyumlu reçete yüzdesi yer almaktadır (International Network for Rational Use of Drugs (INRUD); Indian Journal of Pharmacology 2003; 35: 125-126.).

AİK'in hayata geçirilmesi sırasında hekimlerin en büyük sorumluluğu ilaç seçimi ve tedavi sürecinin doğru yönetilmesidir. Hekim kontrolünde tedavinin doğru yönetilebilmesi için genel kabul gören "rasyonel farmakoterapi" yaklaşımı 6 basamakta tanımlanmıştır:

1. Hastanın sorun(lar)ını tanımlamak,
2. Tedavi hedeflerini belirlemek
3. Uygun ilacı, kullanım süresini etkili ve güvenli ilaç alternatifleri arasından seçim yapmak
4. Uygun reçete yazmak
5. Hastaya uygun bilgiyi vermek,

6.Tedavi sonucunu izlemektir (Ro Laing Hogerzeil HV, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. Health Policy Planning, 2001, 16 (1);13-20).

AİK, hekim tarafından düzenlenen ilaç tedavisinin güvenli, etkili ve ekonomik biçimde uygulanmasını sağlayan bir süreçtir. AİK 'nın "akılcılık" ölçütleri tanı, tedavi ve/veya profilaksiyle ilgili çeşitli etkinliklere bağlıdır. Bu ölçütler; ilaç seçimi, ilaç lojistiğini belirleme, ilaç yazma süreci, reçete yanıtı süreci, ilaç tüketimi, ilaç bilgisi desteği ve ilaç kullanımında akılcılık olarak sıralanmaktadır (Wald ER & 14(2):109, 1998).

İlaçların seçimi: Hedef kitlenin gereksinimlerine yönelik ilaçların belirlenmesidir. Bu yaklaşım, piyasadaki ilaçlar arasından "öncelikli ilaçların" belirlenmesi şeklinde olup başlangıç noktası, morbidite ve mortalite ile ilgili veriler, hasta dağılımı ve standart tedavi protokolleri olmaktadır.

İlaç lojistiğini belirleme: İlacın satın alınması, depolanması, stok yönetimi, denetimi ve son olarak dağıtımını içermektedir.

Reçete yazma süreci: Hekimlerin devreye girdikleri aşama olup doğru tanı ile başlamakta, sırasıyla tedavide ilaç verilip verilmeyeceğinin değerlendirilmesi, diğer ilaçların etkililik-uygunluk-güvenilirlik-ekonomik olup olmadığının araştırılması, tedavinin planlanması ve son olarak tedavinin takibi basamaklarından oluşmaktadır.

Reçete yanıtı süreci: Eczacılar devreye girmektedir. Bu süreç reçetenin doğru yorumlanmasıyla başlamakta, reçetenin karşılanması (ilaçların verilmesini/hazırlanmasını), hekimle gerekli iletişimin kurulmasını, hastanın eğitilmesini ve tedavinin izlenmesini içermektedir.

İlaçların tüketimi: AİK'de sağlık çalışanları, toplum ve kitle iletişimcileri arasında görev paylaşılmaktadır. Toplum, sağlık-hastalık-ilaç tedavisi konusunda bilgilendirilmelidir.

İlaç bilgisi desteği: AİK'nın her basamağında ilaç bilgisine ihtiyaç duyulmaktadır. İlaçlar hakkında bilgi tarafsız, güncel, doğru, eksiksiz, kolay erişilebilir ve kullanılabilir olmalıdır.

İlaç yönetimi: İlaç yönetiminde akılcılık "Ulusal İlaç Politikası" çerçevesinde ele alınıp, tarafların görüş birliğine vardığı paketin, devlet desteği ile uygulamaya konulmasıdır. Ulusal ilaç politikasının planlanması-uygulanması-

izlenmesi aşamalarında görev alanlar, tüm bilgi ve becerilerini bu doğrultuda kullanmalıdırlar(Eşkazan,2008, Abacıoğlu, 2005).

2.2.2 Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri

DSÖ tarafından akılcı ilaç seçiminde hekimlere yardımcı olması için hazırlanan iyi reçete yazma rehberi etkililik, güvenlilik, uygunluk ve maliyet ölçütlerinden oluşmaktadır.

1- **Etkililik:** İlaçların farmakodinamik ve farmakokinetik özelliklerini kapsamaktadır. İlaç tercihinde ilk ve en önemli ölçüttür. Ortalama 70 farmakolojik grup olmakla beraber, yeni ilaçların çoğunun "yeni bir etki mekanizması" olmayıp, gerçekte eski etki mekanizmalarının diğer bir çeşididir. Etkililiğin farmakodinamik özellikleri kadar, kısa sürede başlaması da önemlidir. Bundan dolayı ilaçların farmakokinetik özellikleri göz önüne alınarak, en etkili ilaçların seçilmesine çalışılmalıdır(Ambwani S and Mathur AK, 2007).

2- **Güvenlilik:** İlaçların yan etkilerini kapsamaktadır. İlacı reçete etmeden önce hastanın ilaç alerji ve/veya yan etkileri anamnezde sorgulanmalıdır. Hastaneye başvuran hastaların %10'unda oluşabilecek ilaç yan etkileri eksiksiz alınan anamnezle önlenebilmektedir. Bir ilacın etkisi kadar, yan etkisinin de olabileceği unutulmamalıdır(Eşkazan, 2008).

3- **Uygunluk:** İlaçların kontrendikasyonlarını kapsamaktadır. Her ilaç, her hasta için uygun olmayabilir. Hastanın özel durumuna göre uygunluk değişebilmektedir.

- a) Bu hasta için etken madde ve dozaj biçimi uygun mu?
- b) Bu hasta için standart doz şeması uygun mu?
- c) Bu hasta için standart tedavi süresi uygun mu?
- d) Farmasötik şekli uygun mu? şeklinde sorulara hekim cevap aramalıdır (Eşkazan, 2008).

Tedavi verilirken özellikleri iyi bilinen, güvenli ilaçlar kullanılmalıdır. Tedaviye en uygun dozda başlanıp doz artışı yavaş yavaş yapılmalıdır. Doz ayarlaması, hastanın ilaca verdiği yanıtı göre yapılmalıdır ki, bu tedavinin bireyselleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Tedavi süreci düzenli olarak gözden geçirilmeli ve gereksiz olduğu düşünülen ilaçlar tedaviden çıkartılmalıdır(Eşkazan, 2008).

Yaşlı hastalar, çocuklar, gebeler, emziren kadınlar, böbrek ve/veya karaciğer yetmezliği olanlar, ilaç alerjisi öyküsü bulunanlar ilaç verilirken dikkat

edilmesi gereken yüksek risk gruplarıdır. Özellikle yaşlı ve çocuk hastalarda uygun dozaj (sıvı formülasyonlar ve günde tek kez almak gibi) tercih edilmelidir. Ayrıca bazı ilaçlar için özel saklama koşulu gerekmektedir(Ambwani S and Mathur AK, 2007).

Yeni ilaçlar yeni sorunlar yaratabileceğinden dolayı, ilaç eklenmesi gerçek anlamda hastanın yaşam kalitesini artıracak ise tercih edilmelidir. Hasta, ilaç eklenmeden önce kullandığı mevcut ilaçlarla ‘‘ilaç- ilaç etkileşimi’’ yönünden, günlük alışkanlıkları (tütün– alkol dahil), ‘‘besin-ilaç etkileşimi’’ yönlerinden sorgulanmalı ve tedavinin başarılı olması için hasta ve/veya yakınları ile hekim arasında tam bir iletişim olmalıdır(Eşkazan,2008).

4- **Tedavi Maliyeti:** İlaçların fiyatını kapsamaktadır. İlaç, ister devlet ister sigorta şirketleri isterse de hastanın kendisi tarafından karşılanırsın tedavi maliyeti mutlaka sorgulanmalıdır. Birim ve toplam tedavi maliyetlerine de bakılmalıdır(Ambwani S and Mathur AK 2007,Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Dünyada ve Ülkemizde Durum, <http://www.akilciilac.gov.tr> /=Erişim: 29 Eylül 2016, Eşkazan, 2008).

2.2.3 Akılcı İlaç Kullanımının Tarafları

AİK'nın hekimler, eczacılar ve ilaç endüstrisinin oluşturduğu *arz ayağı*; tüketicilerin/toplumun(hastalar) oluşturduğu *talep ayağı*; devlet, sivil toplum kuruluşları ve geri ödeme kurumunun oluşturduğu *düzenleyici ve denetleyici mekanizmaları* olmak üzere temelde üç tarafı bulunmaktadır (S.B. AİK Çalıştay Raporu, 2006).

Tanı süreci ve uygun ilaç seçimi, hekim sorumluluğunda olan tıbbi-iktisadi bir etkinlik olup, AİK'nın arz ayağında ilk sırada sorumlu olan hekimdir. İlacın yasal olarak temin edileceği kamusal alan ise eczanedir. Eczanede ilaçlar, endikasyon alanlarına göre farklı farmakolojik-terapötik sınıflamalar içerisinde bulunmaktadır. Sağlık otoritesinin onayı ile oluşturulmuş, hekim reçetesine bağlı olan, ya da reçetesiz verilebilen ilaçlar olmak üzere iki tür ilaç kategorizasyonu eczanede hastaya sunulmaktadır. Her iki kategoriye ait ilaçların hastaya sunumu ve hastanın bilgilendirilmesi eczacıya ait bir sorumluluktur. Eczacı bu sorumluluğu ile AİK'da önemli bir görev üstlenmektedir(Oktay,2006). Hastane ve poliklinik hizmetlerindeki ilaç kullanımında, hekim ilk sırada sorumluluk sahibi olmakla beraber eczacı, hemşire ve diğer sağlık personelinin de rolü

bulunmaktadır. Bu çerçevede gerek hekim, gerekse eczacı ve diğer sağlık personeli AİK ilkelerine ilişkin mezuniyet öncesi ve sonrası dönemlerde uygun eğitimi almak ve sürdürmek zorundadır(Özata M, Aslan Ş, Mete M. Oktay Ş,2006).

AİK'da arz ayağının bir elemanı da ilaç endüstrisidir. İlaç endüstrisi, sağlık profesyonellerine ürünleri konusunda doğru bilgi ve eğitim vererek ilaçların nasıl kullanılacağını açıkça anlatmak zorunda ve sorumluluğundadır. Öne sürülen görüşler geçerli bilimsel kanıtları temel almalı ve yan etkilere, kontrendikasyonlara ve alınması gereken önlemlere yeterince yer vermelidir(Oktay,2006).

AİK'da tüketiciler/toplum(hastalar) *talep ayağını* oluşturmaktadır. AİK'nin talep ayağındaki en önemli rol hastalarındır. Ülkemizde uzmana danışmadan ilaç alınması, başkalarının tavsiyesine göre davranılması, daha önceden karşılaştığı hastalıkla benzer bulgulara sahip olduğunda evde bulunan ilaçların kullanılması, hekim tarafından yazılan ilaçların uygun zamanda alınmaması AİK'de hasta uyumu açısından sık karşılaşılan sorunlardır(Oktay,2006). Diğer yandan hasta uyumunu etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bunlar:

- Hastanın bilgi düzeyi
- Hastanın genel anlamda uyumu
- Günlük hayata göre düzenlenmiş tedavi
- Hastanın tedaviye bakış açısı ve inancı
- Hastanın zihinsel durumu
- Çoklu ilaç kullanımınıdır (Eşkazan,2008).

AİK'nin son ayağı devlet, sivil toplum kuruluşları ve geri ödeme kurumunun oluşturduğu *düzenleyici ve denetleyici mekanizmalardır*. İlaçlar son kullanıcıya ulaşana kadar geliştirme, üretim, depolama ve dağıtım safhaları gibi birçok aşamadan geçmektedir. Tüketicieye etkin ve güvenilir ürün ulaşması adına tüm süreçler denetim altında olup, yurtiçinde üretilen ve yurtdışından ithal edilen tüm ilaçların belirli bir kalite standardında olmasının garanti altına alınması hedeflenmektedir. Denetimlerle ilgili tüm süreçler ülkemizde Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaç Denetim Dairesi Başkanlığınca yürütülmektedir.

Tüketicinin sağlığı ve emniyetinin korunması amacıyla; hatalı olduğundan şüphelenilen, hatalı bulunan ya da kullanılmasında sakınca görülen ilaçlar piyasadan toplanmaktadır. Bu duruma ilaçta geri çekme denilmektedir. İlaçta geri çekme üç seviyede yapılmaktadır. Bunlar:

A Seviyesi: İlacı elinde bulunduran hastalar da dahil olmak üzere, piyasada bulunduğu tüm yerlerden ilacın geri çekilmesidir.

B Seviyesi: İlacı elinde bulunduran hastalar dışında eczane, ecza deposu, hastane gibi piyasada bulunduğu tüm yerlerden ilacın geri çekilmesidir.

C Seviyesi: İlacın, toptan satış yapılan depo gibi yerlerden geri çekilmesidir(Eşkazan,2008).

Günümüzde dünyanın birçok yerinde tıbbi ürünlerin izlenebilirliğinin sağlanması açısından çeşitli çalışmalar yürütölmektedir. Diğer birçok ölkede olduğu gibi, ölkemizde de sahte ilaçlara ve ilaçlar üzerinden yapılan yolsuzluklara karşı T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010 yılında İlaç Takip ve İzleme Sistemi'ni kurarak ölkede faaliyetine geçirmiştir(Eşkazan,2008).

2.2.4.Akılı Tedavi Süreci

AİK sürecinde hastaların, ister reçeteli ve ister reçetesiz ilaç kullansın, DSÖ tarafından belirtilen konularla ilgili bilgilendirilmesi gerekmektedir(De Vries TPGM & 1994).

İlacın etkisi: İlacın neden kullanılacağı, hangi belirtilerde düzelme olacağı/olamayacağı, etkinin başlama süreci, düzensiz ya da yanlış ilaç kullanılması halinde ne olacağı konusunda hasta bilgilendirilmelidir.

İlacın yan etkileri: İlaça bağlı ne gibi yan etkiler görölebileceği, yan etkilerin nasıl tanınacağı, tahminen ne kadar süreceği, ciddiyeti, sonuçta ne yapılması gerektiği konusunda hasta bilgilendirilmelidir.

İlacın uygulanması: İlacın nasıl ve ne zaman uygulanması gerektiği, tedavinin süresi, ilacın saklama koşulları, geriye kullanılmayan ilaçların ne olacağı konusunda hasta bilgilendirilmelidir.

Uyarılar: İlacın alınmaması gereken zaman, ilacın maksimum dozu, önerilen süre ve önerildiği dozda kullanılmasının nedeni hakkında hasta bilgilendirilmelidir.

Sonraki randevu: Hastanın kontrol zamanı ve hangi durumda acil olarak başvurması gerektiği konusunda hasta bilgilendirilmelidir.

Her şey açık mı/Anlaşılmayan bir nokta var mı?: Hastaya anlatılanları anlayıp anlamadığı sorulur, anlamadığı noktalar bilgilendirilmelidir(Eşkazan ,2008).

2.2.5.Ülkemizde “Akılcı İlaç Kullanımı” Kavramının Gelişimi

Türkiye’de AİK konusundaki gelişim sürecinde, bazı noktalar ön plana çıkmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti’nin kuruluşundan bu yana, ilaç tedavisinin başarıya ulaştırılması için klinik, akademik, endüstriyel, idari birçok alanda emek sarf edilmiştir. Örneğin ulusal mevzuatta ilaçla ilgili yapılmış düzenlemelerin çoğunun özünde, AİK’ni ilgilendiren yaklaşımları hayata geçirme çabasının yer aldığı görülmektedir. Bu düzenlemeler, 1920’li yıllarda hızla hayata geçirilmeye çalışılmışsa da, yıllar içerisinde ilaç kullanımında yaşanan hızlı değişim sürecinin gerisinde kalmıştır. İlaçla ilgili 1946 yılı kurumsal altyapı, 1961 ve 1982 Anayasalarını takiben yapılan idari düzenlemeler ve bunları izleyen bazı mevzuat iyileştirme faaliyetlerinin ilaçların akılcı kullanımına değişik yönde etkileri olmuştur. AİK’nın kapsamı dikkate alındığında bu gelişmeler yeterli olmamıştır(Akıcı,2008).

Ülkemizde 1990’lı yıllara kadar AİK konusunda somut gelişmeler olmamıştır. 1990’ların ikinci yarısından sonra DSÖ’nün öncülüğünde AİK’nın öneminin dünya kamuoyunda daha fazla yer bulmaya başlaması ile beraber, ülkemizde de tartışılmaya başlanmış ve bir dizi eylem planı ortaya konulmuştur. Bu çerçevede gündeme gelen gereksinimlere göre Türk Farmakoloji Derneği (TFD) Sağlık Bakanlığı (SB), eğitim kurumları ve diğer meslek örgütlerinin organize ettiği eğitsel faaliyetlere destek olmuştur. Bu faaliyetlerle AİK ülkemiz gündemine taşınmıştır (Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Raporları,2004-2005 Ankara).

Türkiye’de SB AİK ile ilgili ilk çalışmalar 1992 yılında başlatılmış, 1992–1994 yılları arasında Eskişehir ve Bilecik’te sahada çalışan hekimlerin ve halkın AİK konusundaki bilgi, tutum ve davranışını tespit etmeye yönelik araştırmalar yapılmıştır. 1993’te SB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından

“AİK'nın Alfabetesi" isimli kitap basılmıştır (Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Raporları, 2004-2005 Ankara).

1997 yılında ikinci Sağlık Projesi kapsamında, öncelikle Türkiye'nin bu konuda konumu tespit edilerek, gerekli insan gücünün sağlanması amacıyla, 19 üniversite öğretim üyesi ve bir SB personeli bu konu ile ilgili eğitim almaları için Hollanda Groningen Üniversitesi Klinik Farmakoloji Anabilim Dalı tarafından verilen “AİK Eğitici Eğitimi” programına katılmıştır(Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Raporları, 2004-2005 Ankara).

Eğitici eğitimi almış kişilerin ve MÜTF' nin deneyimlerinin öncülüğünde, Türkiye'de çeşitli tıp fakültelerinde KF eğitimleri verilmeye başlamış ve bilhassa staj programları çerçevesinde AİK eğitimleri ülke geneline yaygınlaştırılmaya başlanmıştır. Hollanda Groningen Üniversitesi KF Kürsüsünde öğretim üyesi olan Doç. Dr. Yunus Emre Kocabaşoğlu'nun, 1997 yılından itibaren yaklaşık 5-6 yıllık bir süre boyunca Türkiye'de AİK'nın geliştirilmesine yönelik farkındalık yaratılmasında ve AİK eğitim faaliyetlerinin yaygınlaştırılmasında önemli katkıları olmuştur

(http://www.tfd.org.tr/kfcg/ebulten/55_1_ahmet_akici_yazi_55.pdf).

Bu olumlu gelişmeler sonucunda DSÖ ile SB arasındaki 1998/99 Orta Vadeli İşbirliği Programı kapsamında, AİK konusunda bir çalışma başlatılmıştır. Bu çalışma sonrasında Eylül 1999'da gerçekleştirilen “Türkiye'de AİK İlkelerinin Yerleştirilmesinde Farmakoterapi Eğitimi ve Klinik Farmakolojinin Yeri Çalışma Toplantısı” ile Türkiye'de AİK'in yaygınlaştırılması için ulusal eylem planının ana hatlarının belirlenmesi, AİK konusunda başta eğitici eğitimleri olmak üzere muhataplarına yönelik AİK eğitimlerine ağırlık verilmesi gibi konularla ilgili kararlar alınmıştır. Diğer yandan Yüksek Öğretim Kurulu Üniversiteler Arası Kurul Başkanlıkları tarafından tüm tıp fakültelerine, ders programlarına rasyonel farmakoterapi eğitimini eklemeleri tavsiye edilmiştir(Oktay,2006).

AİK konusunda 2001 yılında üç defa, Hollanda'dan Groningen Modeli örnek alınarak düzenlenen“ AİK Eğitici Eğitimi” ile 89 akademisyen ve sahada çalışan 104 hekimden oluşan toplam 193 kişiye AİK eğitici eğitimi verilmiş olup, bu konuda bir kapasite oluşumu sağlanmıştır (S.B. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; AİK çalıştay sonuç raporu, Aralık 2006: p: 9-20). Ayrıca, proje illeri kapsamında yaklaşık 1048 hekime AİK uygulamaları konusunda eğitim

verilmiştir. Bu eğitim çalışmalarının bir sonucu olarak AİK eğitimleri Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'nin de aralarında bulunduğu 18 tıp fakültesinin eğitim müfredatına girmiş bulunmaktadır. Yine Bakanlığın bu konudaki eğitim faaliyetleri kapsamında 2002 ve 2006 yıllarında iki kez DSÖ işbirliği ile farmakoekonomi eğitimleri düzenlenmiştir(Akıcı,2008).

AİK uygulamalarında kaynak formüllerden yararlanılması gerekmektedir. Ülkemizde eksikliği hissedilen ilaçla ilgili bu kaynak, İngiliz Ulusal Formüllerinden (British National Formulary-BNF) Türkçeye ve ülke koşullarına uyarlanarak, “Türkiye İlaç Kılavuzu-TİK” adıyla 1999 yılında yayımlanmıştır. AİK uygulamaları için son derece yararlı olan ve SB tarafından hekim ve eczacılara tavsiye edilen bu kaynak, son baskısını 2011 yılında “Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzu- TİK-6: 2011-2012 Formüleri” adı altında yayımlanmıştır (http://www.tfd.org.tr/kfcg/ebulten/55_1_ahmet_akici_yazi_55.pdf).

AİK'nın yaygınlaştırılmasında güncel, standart tanı tedavi rehberlerinin de hekimlerin kullanımına sunulması son derece önemlidir. 2002 yılında, “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberi”nin basımı yapılmıştır. 2012 yılında rehberlerin bir kısmında revizyona gidilmiş, ancak daha sonra güncellenememiştir(http://www.tfd.org.tr/kfcg/ebulten/55_1_ahmet_akici_yazi_55.pdf).

Ülkemizde AİK durum saptaması amacıyla 2002 yılında Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından Bolu'da yapılan bir çalışmada, hekim reçeteleri değerlendirilmiş olup; ilaç kutu sayısı açısından bakıldığı zaman tanıya uygunluk açısından %50'ye yakın ilacın akılcı olmadığı, maliyet bakımından da yine yarısının gereksiz olduğu görülmüştür(Akıcı,2008).

Diğer yandan hekimleri, yardımcı sağlık personelinin ve halkı eğitmek ve farkındalık oluşturmak için kitaplar basılmıştır. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından 2003 yılında “Guide to Good Prescribing” adlı rehber “Reçete Yazma Rehberi” adıyla, 2004 yılında, “Teacher's Guide to Good Prescribing” adlı rehber “Eğiticilere Yönelik Reçete Yazma Rehberi” adıyla Türkçe'ye çevrilmiştir. “Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Halk Eğitimi” kitabı da 2004 yılında, DSÖ'den alınan izinle Türkçeye çevrilmiştir(Akıcı,2008). 2005 yılında T.C. Sayıştay Başkanlığı tarafından yayınlanan raporda da dile getirildiği üzere, AİK artık

ülkemizde ilgili her alanda resmen aranan bir sağlık performans ölçütü olmaya başlanmıştır(Akıcı,2008).

2006 yılında, AİK ile ilgili politika geliştirilmesi amacıyla Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından “AİK Çalıştayı” gerçekleştirilmiş ve Groningen Modeli örnek alınarak düzenlenen “AİK Eğitici Eğitimi” ile bu konuda bir kapasite oluşumu sağlanmıştır (S.B. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü; Akılcı ilaç kullanımı çalıştayı sonuç raporu, Aralık 2006: p: 9-20).

Farklı bir gelişme olarak 2008 yılında eczacılık fakültelerinde AİK eğitimi ders olarak verilmeye başlanmıştır. 2009 yılında TFD ile ortaklaşa “Eczacılık Fakültelerindeki Farmakologlar için AİK Eğitici Eğitimi” kursu düzenlenmiş, aynı yıl İstanbul Eczacı Odası ile ortaklaşa “Serbest Eczacılar için AİK Eğitimi” düzenlenmiştir(www.akilciilaç.gov.tr).

2010 yılında ülkemizde AİK ile ilgili kurumsal yapılanmalar başlamıştır. İlk olarak SB Müsteşar Yardımcısı Başkanlığı’nda, birçok başka bakanlığı da ilgilendiren “Ulusal AİK Koordinasyon Kurulu” kurulmuştur. Yine 2010 yılında SB Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu bünyesinde “Akılcı İlaç Kullanımı Dairesi” kurulmuştur. İllerde koordinasyonu sağlamak amacıyla İl Sağlık Müdürlükleri’nde “Akılcı İlaç Kullanımı İl Koordinatörlüğü” bulunmaktadır. Hastane Hizmet Kalite Standartları gereğince de, hastanelerde planlama yapmak ve faaliyetlerde bulunmak amacıyla “Akılcı İlaç Kullanımı Ekipleri” oluşturulmuştur. 2010 yılında Ankara’da yapılan bir toplantıda “Türkiye’de Klinik Farmakolojinin Yeri ve Geleceği” çalışma toplantısında, AİK’nın yaygınlaştırılmasına yönelik faaliyetlere hız verilmesi gerektiği kararı alınmıştır(www.akilciilaç.gov.tr).

2011 yılına kadar çoğunluğu SB tarafından verilen “Akılcı Farmakoterapi Eğitimleri” ile ülke genelinde çok sayıda hekimin AİK eğitimi alması sağlanmıştır(www.akilciilaç.gov.tr). 2011 yılında Ulusal AİK Koordinasyon Kurulu’nun faaliyetleri kapsamında gündeme gelen “AİK Bilgilendirme Kampanyası”nın hazırlık faaliyetleri doğrultusunda, Ekim 2011’de “Hastane hizmet kalite standartları gereği AİK ile ilgili kılavuz” ve “AİK oturumları hakkında kılavuz” yayınlanmıştır. AİK açısından dünya genelinde önemli kabul edilen “Uluslararası İlaç Kullanımını Geliştirme Konferansı - International

Conference for Improving Use of Medicines (ICIUM)”nın üçüncü 2011 yılında, SB işbirliğinde Antalya’da gerçekleştirilmiştir(www.akilciilaç.gov.tr).

Son olarak “AİK Ulusal Eylem Planı 2014-2017” hazırlanmıştır. Bu planda AİK yönelik yürütülmekte olan ve gelecekte yapılması planlanan faaliyetler bir çatı altında toplanmış, her faaliyetle ilgili sorumlu taraflar ve işbirliği yapılacak taraflar belirlenmiştir(www.akilciilaç.gov.tr).

2.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

AİK'nin gerektirdiği kurallara uyulmaması AOİK olarak tanımlanmaktadır. AOİK özellikle gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere tüm dünyada ciddi bir halk sağlık sorunu olup, düzeltilmesi güç bir alışkanlık olarak kabul edilmektedir (Özata, 2008).

AOİK nedenleri tüm dünyada benzerdir(WHO,2010). Ekonomik, sosyokültürel, eğitim eksikliği gibi birçok sebep birbirini etkileyebilmekte ve sorunu daha da karmaşık hale getirebilmektedir. AOİK'nin nedenleri göz önüne alındığında hekimlerden kaynaklanan nedenler temeli oluşturmakla birlikte; eczacılar, ilaç endüstrisi, tüketici/toplum, sivil toplum kuruluşları gibi tarafların etkileri de yadsınamayacak ölçüde fazladır(Eşkazan, 2008). Eğitim ve bilgi eksikliği, kılavuzlara uymayan reçeteleme, aşırı hasta yükü, aşırı ve gereksiz antibiyotik ve enjeksiyonların kullanımı, uygunsuz doz önerisi, ilaçların yanlış sürelerde, yanlış yolla, yanlış dozlarda kullanımı, sosyal ve/veya politik baskılar, deneyim eksikliği ve ilaçların etkisi hakkında yanlış inanışlar hekim kaynaklı sorunlardır. İlacın yanlış verilmesi, reçetesiz ilaç satışı, reçete içeriğinin dikkate alınmaması ise eczacı kaynaklı sorunlardır(Özata 2008, WHO 2010). Aşırı duyarlılık, eksik ilaç bilgisi, yanlış inanışlar, fazla miktarda ilaç kullanımı, reçetesiz ilaç temini, yersiz beklenti ve talepler ile kendi kendini tedavi çabası hasta uyumsuzluğu ya da hastadan kaynaklı sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Gerekli ilacın gereken zaman ve miktarda sağlanamaması gibi ilaç sağlama sisteminden kaynaklanan sorunlarda söz konusu olabilmektedir(Krähenbühl-Melcher A, 2007). AOİK'nda en sık karşılaşılan ilaç grupları antibakteriyel ilaçlar, kardiyovasküler sistem ilaçları, oral antikoagülanlar, teofilin ve antineoplastik ilaçlardır (Krähenbühl-Melcher A, 2007).

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) 2008 raporuna göre; Sağlığa ayrılan pay ABD’de %16,4, İngiltere’de% 8,8 ve Türkiye’de % 6,1 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde toplam sağlık harcamaları içinde ilacın payı %46,0 iken, İngiltere’de %12,3, ABD’de ise %12,2 olarak bildirilmiştir. Ülkemizde akılcı olmayan ilaç yazma alışkanlıkları ve standart tedavi uygulamalarındaki yetersizlikler, AOİK sorununu gündeme getirmektedir(www.oecd.org).

AOİK şekilleri:

- Polifarmasi (Çoklu İlaç Kullanımı)
- Uygun olmayan tedavisel ilaç kan düzeyleri
- Antibiyotik profilaksisinin uygun olmaması
- İlaç-besin ve İlaç-ilaç etkileşimleri
- Yanlış uygulama yöntemleri (inhalervb)
- Gereksiz vitamin ve mineral takviyesi
- Uzun süreli parenteral tedaviler
- Yetersiz hasta bilgilendirme
- Yanlış hazırlanma
- Saklama koşullarının uygun olmaması
- İmha yöntemlerinin uygun olmaması şeklinde sıralanabilmektedir(<http://www.akilciilac.gov.tr>, Erişim: 29 Eylül 2016).

2.3.1. Akılcı Olmayan İlaç Kullanım Sonuçları

AOİK’da toplumsal olarak pek çok sorunla karşılaşılabilmektedir. Bunlar arasında ilaçla tedavi sonrasında morbidite ve mortalitede artış olması, maddi kaynakların ölçsüz tüketilmesi, temel ilaçların bile temin edilemez olması ve tedavi maliyetlerinin daha da artması sonucu acil ve temel ilaçlara karşı meydana gelen direnç sayılabilmektedir. İlaçların yan etkilerinin artması, ilaç etkileşimleri, artan mikrobiyal direnç, uzamış hastanede yatış süresi ve azalmış hasta uyumu diğer sorunlardır(Krähenbühl-Melcher, 2007). Hastaların ilaç bağımlısı haline gelmeleri, ihtiyaç olmadığı halde artmış ilaç talebi ve kullanımı ise toplumsal açıdan önemli sorunlardır. AOİK’nı önlemek için mezuniyet öncesi, hizmet içi ve

topluma yönelik AİK eğitimlerin artırılması ve düzenli olarak takip edilmesi, bunların ek çalışmalarıyla desteklenmesi gerekmektedir(Eşkazan,2008).

2.4. Dünyada ve Türkiye’de Farmakovijilans Çalışmaları

Farmakovijilans terimi, AOİK sonucu beklenen ya da beklenmeyen yan etkilerde artış, ilaç yan etkisinden korunma ve bu etkilerin araştırılmasını kapsamaktadır. DSÖ farmakovijilansı “advers etkilerin ve ilaca bağlı diğer sorunların belirlenmesi, değerlendirilmesi, anlaşılması ve önlenmesi ile ilgilenen bilim ve bu konuda yapılan aktiviteler” olarak tanımlamaktadır. Günümüzde farmakovijilans terimi ilaçlar dışında, bitkisel ürünleri, geleneksel ve alternatif tıp ürünlerini, biyolojik ürünleri, tıbbi cihazları, kan ürünlerini ve aşılarda da kapsamaktadır(Soyalan,2012)

1967 yılında DSÖ’nün 20/51 No’lu önergesi ile gündeme gelen advers etkilerin uluslararası düzeyde izlenmesi konusunda, 1968 yılında pilot proje başlatılmıştır. Bunu takiben 1971 yılında İngiltere’de ilaç izleme komitesi, 1973 yılında Fransa’da farmakovijilans sistemi kurulmuştur. 1978 yılında DSÖ’nün advers etki izleme sistemi İsveç Upsala’ya taşınmış (Upsala Monitoring Center, UMC); 1988 yılında Avrupa’da hızlı alarm sistemi çalışmaları başlatılmıştır. 1995 yılında Avrupa İlaç Ajansı (EMA) kurulmuş, 1993 yılında Avrupa Farmakovijilans Derneği, 2000 yılında ise Uluslararası Farmakovijilans Derneği çalışmaya başlamıştır (Soyalan,2012).

Türk İlaç Advers Etkilerini İzleme ve Değerlendirme Merkezi (TADMER) 1985 yılında kurulmuştur. 1987 yılında ise DSÖ Uluslararası İlaç İzleme İşbirliği Merkezi’ne 27. üye olarak kabul edilmiştir. “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik” 22.03.2005 tarihinde yayımlanmış ve 30.06.2005 tarihinde “Beşeri Tıbbi Ürün Ruhsatı Sahipleri için Farmakovijilans Kılavuzu” ile birlikte yürürlüğe girmiştir. Yönetmeliğin yürürlüğe girmesi ile birlikte daha önce TADMER olan merkezin adı, Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM) olarak değiştirilmiştir. Kamu ve özel hastanelerde farmakovijilans işlemlerini yürütmek üzere eczacı ya da hekim görevlendirilerek advers etki bildirimlerine yönelik takiplerin yapılması sağlanmıştır(Soyalan,2012).

DSÖ’nün "Hastalardan Yan Etki Bildirimi Toplama" pilot projesi kapsamında, TÜFAM’a yapılan başvurularda ilk sırayı %16 ile antibiyotikler,

ikinci sırayı ise %13 non-steroidalantiinflamatuvar ilaçlar ve antineoplastik ilaçların almaktadır. DSÖ ile yapılan bu proje dahilinde, ilaç kullanım sırasında gözlenen yan etkileri, elektronik olarak TÜFAM'a bildirmelerine olanak sağlayan sistem, 21.12.2012'de hizmet vermeye başlamış olup, hekimler dışında hastalar da sisteme bildirim yapabilmektedir. TÜFAM'a bu sistem kullanılarak gönderilen yan etki raporları incelendiğinde, %57'sinin hastalar, %31'inin eczacılar, %9'unun hekimler ve %3'ünün de diğer sağlık çalışanları tarafından olduğu bildirilmiştir (Öncü S & 2):82-84, 2013).

2.5.Türkiye’de Hekimlere Yönelik AİK Eğitim Programları

Türkiye’de tıp fakültelerinde AİK eğitimleri ilk kez 1996 yılında MÜTF’nde, KF eğitimleri ve staj programları çerçevesinde, başlangıçta dahiliye, pediatri gibi 4.sınıf staj programları içerisinde başlatılan probleme dayalı AİK eğitimi şeklinde olup, daha sonra bağımsız bir klinik staj halinde tıp fakültesi eğitimine kazandırılmıştır(Akıcı,2008).

2010 yılında SB tarafından başlatılan “Uzaktan Erişimle AİK Eğitimi” ön çalışma programından sadece hekimler değil, gelecekte diğer sağlık mesleği mensuplarının da yararlanabileceği düşünülmüştür(<http://www.akilciilac.gov.tr>).

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu AİK Birimi tarafından 3 Temmuz 2013 tarihinde birincisi düzenlenen “Aile Hekimlerine yönelik 1.Basamak Uyum Eğitimi” içerisindeki AİK ile ilgili eğitimlerin devamı niteliğinde, 2014 tarihinde Mersin, Düzce, Erzurum, Bursa, Antalya, Elazığ, Adana illerinde hizmet içi eğitim niteliğinde “Aile Hekimliğinde Akılcı İlaç Uygulamaları Toplantısı” düzenlenmiştir(www.akilciilac.gov.tr).

“AİK Ulusal Eylem Planı 2014-2017” kapsamında, “Tıpta uzmanlık eğitimi sırasında asistan hekimlerin eğitim müfredatına AİK ile ilgili eğitim programı eklenmesinin sağlanması” önerilmiştir. Bunun üzerine asistan hekimlerin uzmanlık öncesinde AİK konusunda farkındalık ve bilinç düzeyinin artırılması amacıyla eğitim müfredatlarına üç günlük “AİK Asistan Hekim Eğitimi” eklenerek, modeli ve eğitim içeriği belirlenmiştir. Daha sonra eğitim programının işlerliğinin, varsa aksayan yönlerinin tespiti ve geliştirilmesi amacıyla bu eğitimin pilot uygulaması 15-17 Haziran 2015 tarihleri arasında, TFD üyesi akademisyenlerin desteği ile Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi ve Hacettepe Üniversitesi Hastanesi'nde görev yapmakta olan 10'ar asistan hekimin katılımı ile gerçekleştirilmiştir(www.akilciilaç.gov.tr).

Tüm bu eğitim çalışmalarının bir sonucu olarak AİK eğitimleri Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi(OMÜTF)'nin de aralarında bulunduğu 18 tıp fakültesinin eğitim müfredatına girmiş bulunmaktadır(Akıcı,2008).

2.5.1.Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki Akılcı İlaç Eğitimi

(OMUTF'ndeki akılcı ilaç eğitimi ilk olarak 2010 yılında başlamıştır. Dönem 4 öğrencileri yıl içinde 4 TASK grubuna ayrılmakta olup, 2010 ve 2012 yılları arasında akılcı ilaç eğitimi endokrin-ürogenital TASK'ı öncesinde bir program olarak uygulanmış ve tüm öğrenciler bu programı almaya başlamıştır. 2012 yılından sonra dördüncü sınıflara eğitim ve öğretim yılı başında ayrı bir rasyonel farmakoterapi TASK'ı oluşturulmuş, AİK'nın temel prensipleri bir haftalık eğitim sürecinde bu TASK'ta verilmeye başlanmıştır. Yeni programının ilk gününde program genel hatlarıyla tarif edilerek, öğrencilere beş farklı endikasyon için reçete yazma öğretilmektedir. Daha sonra "Reçete Yazmanın Prensipleri" ve "Kanıt Dayalı Tıp" konulu iki sunuma katılan öğrenciler, son olarak vaka tartışması yapmaktadırlar. Programın en sonunda öğrencilere Objektif Yapılandırılmış Sınav (OSCE) yapılarak öğrenme düzeyleri değerlendirilmektedir. Ayrıca daha sonraki dört ana TASK grubunun içinde de TASK'ın ana temasına uygun AİK eğitimleri devam etmektedir. Program 4, 5 ve 6. sınıflara yaygınlaştırılarak halen uygulanmaya devam edilmektedir(Bilge SS, Indian J Pharmacol 2017; 49: 102-9).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri

Kesitsel tipteki bu araştırmaya, OMUTF’nde yapılmıştır. Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Klinik Araştırmalar ve Etik Kurulundan Mayıs 2015 tarih ve B.30.2.ODM.0.20.08/2161 sayılı izin alınmıştır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmaya 10.01.2016-10.05.2016 tarihleri arasında OMUTF’nde görev yapmakta olan toplam 218 araştırma görevlisi hekim ve 182 dönem 6 öğrencisi dâhil edilmiş olup, örneklem seçilmemiştir. Çalışmanın sonunda tüm evrene ulaşılmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- OMUTF’nde reçete yazılan kliniklerde araştırma görevlisi olmak
- OMUTF’nde dönem 6 öğrencisi olmak,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmek.

3.3. Araştırmanın Veri Kaynakları

Çalışmada katılımcıların bazı tanımlayıcı özellikleri, ilaç reçete ederken kullandıkları bilgileri, AİK eğitimi alma durumu, alanların eğitim konusundaki bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amacı ile araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Araştırma görevlileri ve dönem 6 öğrencilerine yönelik iki farklı anket formu oluşturulmuştur. AİK’na yönelik sorular hazırlanırken Sağlık Bakanlığı’nın genel kullanıma açık ve AİK’na yönelik anketi olan “Türkiye’de hastanelerde görev yapan hekimlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarını değerlendirme çalışması” isimli anket formundan yararlanılmıştır(www.akilciilaç.gov.tr).

Araştırma görevlilerine uygulanan ankette sosyodemografik özelliklere ait dört soru ve AİK’na yönelik 15 soru olmak üzere toplam 19 soru yer almaktaydı. Anketin ilk bölümündeki sosyodemografik özellikleri sorgulayan sorular; yaş, cinsiyet, mezun olunan fakülte ve mezuniyet sonrası geçen süre idi. İkinci bölümde ise AİK’na yönelik olarak; bir hastaya ortalama ne kadar süre ayırdığı, bir reçetede ortalama yazdığı ilaç sayısı, tıp fakültesi eğitimi sırasında AİK eğitimi alma durumu, AİK eğitimi almadıysa almak isteyip istemediği, eğitim alanların bu

eğitimi ilaç reçeteleme esnasında kullanma durumu, reçeteleme yaparken yararlandığı bilgi kaynakları, ilaçlarla ilgili kendi bilgi düzeyi hakkındaki dűşünceleri, reçeteye ilaç yazarken ilaç seçiminde göz önüne aldıkları kriterler, ilaç reçete ederken hastanın hangi anamnez bilgilerini aldığı, hastaya ilaçlarla ilgili bilgilendirme yapıp yapmadığı, bilgilendirme sonrası hastanın bu bilgileri doğru anlayıp anlamadığını kontrol etme durumu, hastanın talep ettiği ilaçları reçeteleme durumu, ilaç dışında tedavi esnasında bitkisel ilaç tercihi, hastalarını kontrole çağırma ve istenmeyen ilaç yan etkisi tespit ettiğinde bunu bildirme durumu sorulmuştur(Ek-1).

Dönem 6 öğrencilerine uygulanacak ankette sosyodemografik özelliklere ait iki soru ve AİK'na yönelik 10 soru yer almaktaydı. Sosyodemografik özelliklere ait sorular yaş ve cinsiyet idi. Anketin diğer bölümünde ise; aldıkları AİK eğitimini tedavi sırasında uygulayabilme durumları, eğitimi faydalı bulup bulmadıkları, reçeteleme yaparken yararlandığı bilgi kaynakları, ilaçlarla ilgili kendi bilgi düzeyi hakkındaki dűşünceleri, reçeteye ilaç yazarken ilaç seçiminde göz önüne aldıkları kriterler, ilaç reçete ederken hastanın hangi anamnez bilgilerini aldığı, hastaya ilaçlarla ilgili bilgilendirme yapıp yapmadığı, bilgilendirme sonrası hastanın bu bilgileri doğru anlayıp anlamadığını kontrol etme durumu, ilaç dışında tedavi esnasında bitkisel ilaç tercihi ve hastalarını kontrole çağırma durumu sorulmuştur(Ek-2).

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Her anket formu araştırma görevlileri ve dönem 6 öğrencilerine, görev yaptıkları bölümlere bizzat gidilerek teslim edilmiştir. Çalışma hakkında kişisel kaygıları ortadan kaldırmak amacı ile çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Anket formları araştırma görevlileri ve dönem 6 öğrencilerin kendileri tarafından doldurulmuştur. Çalışmada yerinde bulunamayan katılımcılar üç kere ziyaret edilerek yerinde bulunmaya çalışılmış ve araştırmaya katılmaları sağlanmıştır.

3.5. Çalışmada Kullanılan Değişkenler

Çalışmadaki bağımlı ve bağımsız değişkenler aşağıda belirtilmiştir:

Bağımlı değişkenler:

- Hekimlerin AİK bilgi düzeyi ve tutumları,

Bağımsız değişkenler:

- Cinsiyet,
- Yaş,
- Tıp fakültesinden mezuniyet yılı,
- Reçete yazımında kullanılan kriterler,
- Reçete yazımını şekillendiren faktörler,
- Hekimlerin ilaçlarla ilgili bilgi düzeyi,
- Hekimlerin ilaç yazarken kullandıkları bilgi kaynağı sayıları,
- Hekimlerin ortalama muayene süreleri,
- Hekimlerin hastalarına bilgi verme sıklığı,
- Hekimlerin ilaç fiyatlarını dikkate alma durumu,
- AİK eğitimi almış olmak.

3.6. Araştırmada Kullanılan Terim, Tanım ve Kabul Edilen Kriterler

AİK: Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri olarak tanımlanmıştır. AİK dört temel kriter üzerine kurulmuştur; etkililik, güvenlik, uygunluk ve maliyet.

Reçete: Hekimin, hastanın kullanması gereken tıbbi maddeleri vermesi için eczacıya yazdığı talimat.

Doz: Hastaya bir defada verilen ilaç miktarı.

İlacın Etkisi: Kullanılan maddenin bir yarar sağlayıp sağlamadığını ifade eder.

Yan Etki: İlaçların normal kullanma dozu uygulandığı halde, uygulanan kişide görülen istenmeyen etkiler.

Endikasyon: Hastada belirli bir tedavi veya müdahale uygulanmasına karar verilmesini gerektiren durum ya da belirti.

Kontrendikasyon: Hastalığın tedavisinde kullanılmaması gereken ilaç.

Etkileşim: Bir ilacın aynı zamanda alınan başka bir ilaç nedeniyle, asıl etkisinden farklı bir etki ortaya çıkarması.

Biyoyararlanım: Bir müstahzarın, etkinliği daha önce saptanmış olan başka bir müstahzar ile aynı etkin maddeyi içermesi ve aynı etkinlik ve güvenliği klinik olarak göstermesi halidir.

Biyoeşdeğerlilik: İki farklı müstahzarın, aynı etkin maddenin veya maddelerin (ilaçların) aynı molar miktarını, aynı veya karşılaştırılabilir standartlara uyan farmasötik şekiller içinde içermesi hali.

Güvenlilik: İlacın yan tesirinin diğer ilaçlardan daha az olması durumu.

Uygunluk: İlacın hastanın klinik bulgularına ve kişisel özelliklerine göre olması.

3.7. İstatistiksel Analizler

Veriler IBM SPSS Statistics 21.0 paket programına aktarılarak analizler tamamlanmıştır. Veriler ortalama±standart sapma, ortanca (minimum-maksimum) ve sayı(%) olarak sunulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare Testi ve Eğimde Ki-kare Testi kullanılmıştır. Yapılan tüm istatistiksel analizlerde anlamlılık düzeyi olarak $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

4.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Araştırma kapsamına alınan toplam 400 kişinin; 218(%54,5)'i araştırma görevlisi ve 182(%45,5)'si tıp fakültesi dönem 6 öğrencisidir. Katılımcıların 221(%55,3)'i kadın olup, 174(%43,5)'ü 20-25 yaş aralığındadır (Tablo I.).

Tablo I: Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Araştırma Görevlisi(n=218)		Dönem 6 Öğrencisi(n=182)		Toplam (n=400)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Cinsiyet						
Kadın	107	49,1	114	62,6	221	55,3
Erkek	111	50,9	68	37,4	179	44,7
Yaş Grubu (yıl)						
20-25	6	2,8	168	92,3	174	43,5
26-30	140	64,2	14	7,7	154	38,5
31-35	64	29,3	0	0,0	64	16,0
≥ 36	8	3,7	0	0,0	8	2,0

4.2. Araştırma Görevlisi Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri:

Araştırma görevlisi hekimlerin 107(%49,1)'si kadın ve yaş ortalaması $29,5 \pm 2,8$ yıldır (Tablo-1). Katılımcıların ortanca çalışma süresi 5,0 (min1-maks15) yıl olup, muayene için ayırdıkları ortanca sürenin 10,0 (min2-maks30) dakika olduğunu; 135(%61,9)'i 5 yıl ve altında çalışma süresine sahip olduklarını ve 146(%67)'sı dahili bölümlerde çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Araştırma görevlisi hekimlerin 108 (%49,5)'i tıp fakültesi eğitimleri sırasında AİK eğitimi aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo II). Tıp fakültesinde AİK eğitimi alanların 81(%75,0)'i aldıkları eğitimin faydalı olduğunu düşünürken, bu eğitimi almamış olanların 86(%78,2)'sı AİK eğitimi almak istediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo II : Araştırma Görevlisi Hekimlerin Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı (n=218)	%
Mezuniyet Sonrası Geçen Süre (Yıl)		
0-5	135	61,9
6-10	75	34,4
11-15	8	3,7
Branş Dağılımı		
Dahili	146	67,0
Cerrahi	72	33,0
Ortalama Muayene Süresi (Dakika)		
1-4	6	2,8
5-9	54	24,8
10-14	111	50,9
15-19	33	14,6
≥20	14	6,9
Tıp Fakültesinde AİK eğitimi		
Alan	108	49,5
Almayan	110	50,5

Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerden AİK konusunda kendi bilgi düzeylerini değerlendirmeleri istendiğinde, AİK eğitimi alan ve almayanların verdikleri yanıtlar Tablo-3'te sunulmuştur. Bu yanıtlara göre AİK eğitimi alanlar almayanlara göre, alt başlıkların tamamında daha fazla oranda kendilerini “çok iyi” ve “iyi” olarak nitelendirirken, almayanlar “kötü” ve “çok kötü” olarak değerlendirmişlerdir. AİK eğitimi alan ve almayan araştırma görevlileri arasında, tüm alt başlıklarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(Tablo III).

Tablo III: Hekimlerin AİK Konusunda Kendi Bilgi Düzeylerinin Değerlendirme Sonuçları

Bilgi Düzeyi	AİK Eğitimi				p, x ²
	Alanlar (n=108)		Almayanlar(n=110)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Endikasyonlar					0,002; 17,913
Çok iyi	11	78,6	3	21,4	
İyi	51	61,4	32	38,6	
Orta	34	43,6	44	56,4	
Kötü	10	25,6	25	71,4	
Çok kötü*	2	25,0	6	75,0	
Günlük doz ve uygulama şekli					0,000; 24,852
Çok iyi	7	87,5	1	12,5	
İyi	47	59,5	32	40,5	
Orta	42	54,5	35	45,5	
Kötü*	11	22,9	37	77,1	
Çok kötü	1	20,0	4	80,0	
Kontrendikasyonlar					0,013; 12,632
Çok iyi*	9	90,0	1	10,0	
İyi	31	60,8	20	39,2	
Orta	51	45,9	60	54,1	
Kötü	16	37,2	27	62,8	
Çok kötü	1	33,3	2	66,7	
Yan etkiler					0,002; 16,468
Çok iyi	7	63,6	4	34,6	
İyi	32	68,1	15	31,9	
Orta	52	50,5	51	49,5	
Kötü*	15	28,8	37	71,2	
Çok kötü	2	40,0	3	60,0	

İlaç etkileşimleri					0,014; 12,507
Çok iyi*	10	90,9	1	9,1	
İyi	26	59,1	18	40,9	
Orta	40	47,1	45	52,9	
Kötü	29	43,3	38	56,7	
Çok kötü	3	27,3	8	72,7	
Biyodeşğerlilik					0,002; 17,564
Çok iyi*	6	66,7	3	33,3	
İyi	34	81,0	8	19,0	
Orta	55	66,3	28	33,7	
Kötü	7	11,1	56	88,9	
Çok kötü	6	28,6	15	71,4	
Etki mekanizması					0,002; 17,386
Çok iyi*	12	92,3	1	7,7	
İyi	31	59,6	21	40,4	
Orta	43	42,2	59	57,8	
Kötü	21	47,7	23	52,3	
Çok kötü	1	14,3	6	85,7	
Uyarı ve önlemler					0,002; 17,124
Çok iyi	6	85,7	1	14,3	
İyi	34	57,6	25	42,4	
Orta	53	54,1	45	45,9	
Kötü	14	43,8	32	56,2	
Çok kötü*	1	12,5	7	87,5	
Özel durumlar					0,000; 29,875
Çok iyi	9	90,0	1	10,0	
İyi	40	69,0	18	31,0	
Orta	46	50,0	46	50,0	
Kötü	12	24,0	38	76,0	
Çok kötü*	1	14,3	6	85,7	

*Farkı yaratan grup

Araştırma görevlilerine reçete yazarken önem verdikleri kriterlerini derecelendirmeleri istendiğinde, alınan yanıtlar Tablo IV'te sunulmuştur. AİK eğitimi alan ve almayan hekimler arasında ilacın etkililik ve güvenliliği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken ($p < 0.05$), uygunluk ve maliyet açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo IV: Reçete Yazarken Araştırma Görevlisi Hekimlerin Kullandıkları Kriterlerin Önem Derecesinin Dağılımı

Kriterler	AİK Eğitimi				p, χ^2
	Alanlar (n=108)		Almayanlar (n=110)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Etkililik					0,003; 13,798
Her zaman*	79	59,0	55	41,0	
Sıklıkla	27	37,0	46	63,0	
Bazen	1	14,3	6	85,7	
Hiçbir zaman	1	33,3	3	66,7	
Güvenlilik					0,014; 10,546
Her zaman	76	58,0	55	42,0	
Sıklıkla*	29	35,8	52	64,2	
Bazen	2	66,7	1	33,3	
Hiçbir zaman	1	33,3	2	66,7	
Uygunluk					0,503
Her zaman	62	52,5	56	47,5	
Sıklıkla	42	44,7	52	55,3	
Bazen	3	66,7	1	33,3	
Hiçbir zaman	1	50,0	1	50,0	
Maliyet					0,782
Her zaman	4	40,0	6	60,0	
Sıklıkla	16	57,1	12	42,9	
Bazen	61	48,4	65	51,6	
Hiçbir zaman	27	50,0	27	50,0	

*Farkı yaratan grup

Tablo V'te araştırma görevlilerine reçeteleme sırasında en sık başvurdukları kaynaklar sorulduğunda; AİK eğitimi alan ve almayan hekimler en sık interneti ve en az farmakoloji kitaplarını başvuru kaynağı olarak kullandıklarını ifade etmişlerdir. AİK eğitimi alan ve almayan hekimler arasında başvuru kaynağı olarak internet, vademecum, ilaç yazılım programları, Tanı ve Tedavi Rehberleri, Türkiye İlaçla Tedavi Klavuzu(TİK), İlaç firmalarının araştırma ve tanıtım programları, Farmakoloji kitaplarını kullanma açısından fark bulunmazken, meslektaşına danışma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur(p=0,015).

Tablo V: Araştırma Görevlisi Hekimlerin Reçeteleme Sırasında Başvurdukları Kaynakların Dağılımı*

Başvuru Kaynakları	AİK Eğitimi				p, χ^2
	Alanlar (n=108)		Almayanlar(n=110)		
	Sayı	%	Sayı	%	
İnternet	98	90,7	92	84,4	0,117
Vademecum	55	50,9	68	62,4	0,105
İlaç yazılım programları	62	57,4	46	42,2	0,0213
Meslektaşına danışma	56	51,9	39	35,8	0,015;5,96
Tanı ve Tedavi Rehberleri	36	33,3	39	35,8	0,741
TİK	31	28,7	27	24,8	0,487
İlaç firmalarının araştırma ve tanıtım programları	29	26,9	32	29,4	0,713
Farmakoloji	2	1,9	5	3,9	0,230

kitapları					
-----------	--	--	--	--	--

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Çalışmaya katılan araştırma görevlilerinin, ilaç reçetelemeden önce hastalarının anamnez bilgilerini hangi sıklıkla sorguladıklarını değerlendirmeleri istendiğinde, AİK eğitimi alan ve almayanların verdikleri yanıtlar Tablo VI. 'da verilmiştir. AİK eğitimi alan ve almayan hekimler arasında; anamnezde kullandığı diğer ilaçları sorgulama açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo VI: Katılımcıların Reçeteleme Öncesinde Sorguladıkları Anamnez Bilgilerinin Dağılımı

Anamnez bilgileri	AİK Eğitimi				p, X ²
	Alanlar (n=108)		Almayanlar(n=110)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Bitkisel ürün kullanımı					0,284
Her Zaman	3	25,0	9	75,0	
Sıklıkla	10	50,0	10	50,0	
Bazen	37	57,8	27	42,2	
Nadiren	42	48,8	44	51,2	
Hiçbir zaman	16	44,4	20	55,6	
Kullanılan diğer ilaçlar					0,044; 0,971
Her Zaman	29	50,0	29	50,0	
Sıklıkla	54	54,5	45	45,5	
Bazen	19	55,9	15	44,1	
Nadiren*	5	20,8	19	79,2	
Hiçbir zaman	1	33,3	2	66,7	
İlaç alerjisi					0,082
Her Zaman	28	60,9	18	39,1	
Sıklıkla	53	47,3	59	52,7	
Bazen	22	55,0	18	45,0	

Nadiren	3	20,0	12	80,0	
Hiçbir zaman	2	40,0	3	60,0	
Karaciğer hastalığı					0,098
Her Zaman	19	54,3	16	45,7	
Sıklıkla	35	44,9	43	55,1	
Bazen	45	56,2	35	43,8	
Nadiren	7	30,4	16	69,6	
Hiçbir zaman	2	66,7	1	33,3	
Böbrek hastalığı					0,539
Her Zaman	19	55,9	15	44,1	
Sıklıkla	36	49,3	37	50,7	
Bazen	38	48,1	41	51,9	
Nadiren	13	43,3	17	56,7	
Hiçbir zaman	2	66,7	1	33,3	
Kronik hastalık					0,090
Her Zaman	36	49,3	37	50,7	
Sıklıkla	58	56,3	45	43,7	
Bazen	10	35,7	18	64,3	
Nadiren	2	16,7	10	83,3	
Hiçbir zaman	2	66,7	1	33,3	
Gebelik					0,490
Her Zaman	20	44,4	25	55,6	
Sıklıkla	39	53,4	34	46,6	
Bazen	33	47,1	37	52,9	
Nadiren	10	45,5	12	54,5	
Hiçbir zaman	6	75,0	2	25,0	

*Farkın kaynaklandığı grup

AİK eğitimi alan ve almayan araştırma görevlisi hekimlerin, hastalarına reçetede yazdıkları ilaçlar hakkında verdikleri bilgiler Tablo VII' de sunulmuştur. AİK eğitimi alan ve almayan hekimler arasında reçetede yazılan ilacın sadece günlük dozu hakkında hastaları bilgilendirme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo VII: AİK Eğitimi Alan ve Almayan Araştırma Görevlisi Hekimlerin Hastalarına Reçetede Yazdıkları İlaçlar Hakkında Verdikleri Bilgiler

Bilgiler	AİK Eğitimi				p, χ^2
	Alanlar (n=108)		Almayanlar(n=109)		
	Sayı	%	Sayı	%	
İlacın adı					0,334
Her Zaman	18	37,9	11	62,1	
Sıklıkla	31	55,4	25	44,6	
Bazen	38	42,7	51	57,3	
Nadiren	15	45,5	18	54,5	
Hiçbir zaman	6	54,5	5	45,5	
Uygulama şekli					0,144
Her Zaman	28	63,6	16	36,4	
Sıklıkla	46	47,4	51	52,6	
Bazen	26	48,1	28	51,9	
Nadiren	7	35,0	13	65,0	
Hiçbir zaman	1	33,3	2	66,7	
İlaç etkileşimleri					0,149
Her Zaman	4	66,7	2	33,3	
Sıklıkla	15	65,2	8	34,8	
Bazen	32	39,5	49	60,5	
Nadiren	40	54,8	33	45,2	
Hiçbir zaman	16	47,1	18	52,9	
Günlük doz					0,009; 13,567
Her Zaman	28	51,9	26	48,1	
Sıklıkla	60	58,8	42	41,2	
Bazen	18	37,5	30	62,5	
Nadiren*	1	9,1	10	90,9	
Hiçbir zaman	1	33,3	2	66,7	
Tedavi süresi					

Her Zaman	26	50,0	26	50,0	0,594
Sıklıkla	57	53,8	49	46,2	
Bazen	18	45,0	22	55,0	
Nadiren	6	35,3	11	64,7	
Hiçbir zaman	1	33,3	2	66,7	
Etkisi					
Her Zaman	17	65,4	9	34,6	0,088
Sıklıkla	30	42,9	40	57,1	
Bazen	39	56,5	30	43,5	
Nadiren	20	40,0	30	60,0	
Hiçbir zaman	2	66,7	1	33,3	
Olası yan etkileri					
Her Zaman	7	87,5	1	12,5	0,124
Sıklıkla	29	55,8	23	44,2	
Bazen	36	47,4	40	52,6	
Nadiren	30	46,2	35	53,8	
Hiçbir zaman	6	35,3	11	64,7	
İlaçlarla ilgili uyarılar					
Her Zaman	6	75,0	2	25,0	0,286
Sıklıkla	26	56,5	20	43,5	
Bazen	35	46,7	40	53,3	
Nadiren	31	43,1	41	56,9	
Hiçbir zaman	10	58,8	7	41,2	

*Farkın kaynaklandığı grup

Katılımcıların hastalarına reçeteledikleri ilaçlar hakkında verdikleri bilgilerin yeterliliğini değerlendirmeleri istendiğinde, verilen yanıtlar Tablo VIII'de sunulmuştur. AİK eğitimi alan araştırma görevlisi hekimler almayanlara göre “kullanımı özen isteyen ilaçlar hakkında” daha fazla bilgi verdiklerini, AİK eğitimi almayanlar ise “eczanede tekrar anlatılacağı için” yeterli bilgi vermediklerini ifade etmişlerdir.

Tablo VIII: Araştırma Görevlisi Hekimlerin Hastalarına Reçeteledikleri İlaçlar Hakkında Verdikleri Bilgiler Konusundaki Öz Değerlendirmeleri

Verilen Bilgiler	AİK Eğitimi				p, x ²
	Alanlar (n=108)		Almayanlar (n=109)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yeterli anlatıyorum,çünkü hasta ilacını nasıl kullanacağını tam olarak anlamalıdır.	35	50,7	34	49,2	0,848
Sadece kullanımı özen isteyen ilaçlar için yeterli anlatıyorum.	48	60,8	31	39,2	0,01; 6,00
Eczanede tekrar anlatılacağı için yeterli anlatmıyorum.	20	33,3	40	66,7	0,003; 8,96
Vakit yeterli olmadığı için yeterince anlatamıyorum	5	50,0	5	50,0	0,988

Araştırma görevlisi hekimlere, hastalarının özel olarak istediği ilaçları reçete edip etmediği sorulduğunda, AİK eğitimi alan ve almayanların verdikleri yanıtlar Tablo IX 'da gösterilmiştir. AİK eğitimi alan ve almayan araştırma görevlisi hekimlerin verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo IX: Araştırma Görevlisi Hekimlerin Hastaların Özel Olarak İsteddiği İlaçları Reçete Etme Durumları

Hastaların Özel Olarak İsteddiği İlaçları Reçete Etme Durumları	AİK Eğitimi				p, x ²
	Alanlar (n=108)		Almayanlar (n=109)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Evet, sadece kronik hastalıklara ait ilaçları reçete ederim.	9	52,9	8	47,1	0,785
İstenen tüm ilaçları reçete ederim, çünkü etmediğimde tartışma çıkıyor.	42	52,5	38	47,5	0,539
Bu durumun yanlış olduğunu anlatacak vaktim olmadığı için, reçete ederim.	20	44,4	25	55,6	0,422

Hayır, hiçbir zaman reçete etmem.	37	48,1	40	51,9	0,707
-----------------------------------	----	------	----	------	-------

Katılımcıların bir reçetede yazdıkları ilaç sayısı sorulduğunda AİK eğitim alan ve almayanlar her ikisinin de aynı olarak, ortanca 2,0 (minimum 1- maksimum 4) ve adet ilaç yazdıklarını belirtmişlerdir (p=0,060).

Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerden tanı ve tedaviye yönelik kendi davranışlarını değerlendirmeleri istendiğinde, AİK eğitimi alan ve almayanların verdikleri yanıtlar Tablo X’de sunulmuştur. Yan etki bildirim yapma açısından AİK eğitimi alanların almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha fazla bildirim yaptığı bulunmuştur (p<0.05)

Tablo X: Araştırma Görevlisi Hekimlerin Tanı ve Tedaviye Yönelik Bazı Davranışlarının Dağılımı

Davranışlar	AİK Eğitimi				p, x ²
	Alanlar (n=108)		Almayanlar (n=109)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yan etki bildirim yapma	12	85,7	2	14,3	0,005; 7,73
Kontrole çağırma	85	51,8	79	48,2	0,286
İlaç dışı tedavi önerme	51	48,1	55	51,9	0,633

4.3. Tıp Fakültesi Dönem 6 Öğrencilerinin Sosyodemografik Özellikleri:

Çalışmada dönem 6 öğrencilerinin 114(%62,6)’ünün kadın ve yaş ortalamasının 23,8±1,4 yıl olduğu bulunmuştur(Tablo-1). Öğrencilerin tamamı eğitim müfredatları içerisinde AİK eğitimi almakta olup, öğrencilerin 140(%76.9)’ı aldıkları bu eğitimi faydalı bulduklarını ve 115(%63.2)’i reçete yazarken bu bilgileri kullandıklarını ifade etmişlerdir.

Çalışmaya katılan dönem 6 öğrencilerinin AİK konusunda kendi bilgi düzeylerini değerlendirmeleri istendiğinde, AİK eğitimi faydalı bulan ve bulmayanların verdikleri yanıtlar Tablo XI’de sunulmuştur. Endikasyon, günlük doz ve uygulanım şekli konusundaki bilgi düzeylerini AİK eğitimini faydalı bulmayan öğrenciler faydalı bulanlara göre daha fazla oranda “çok kötü” olarak ifade ederken(p<0.05), ilaç etkileşimi ve biyoeşdeğerlik konusundaki bilgi

düzeylerini eğitimi faydalı bulanlar daha yüksek oranda “iyi” ve “orta” olarak ifade etmişlerdir.

Tablo XI: Dönem 6 Öğrencilerinin AİK Konusunda Kendi Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Sonuçları

Bilgi Düzeyi	Tıp Fakültesinde alınan AİK eğitimini faydalı				p, χ^2
	Bulanlar (n=140)		Bulmayanlar(n=42)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Endikasyonlar					0,0237; 11,26
Çok iyi	2	50,0	2	50,0	
İyi	41	85,4	7	14,6	
Orta	75	73,7	20	26,3	
Kötü	20	69,0	9	31,0	
Çok kötü*	2	33,3	4	66,7	
Günlük doz ve uygulama şekli					0,037; 10,20
Çok iyi	1	50,0	1	50,0	
İyi	20	90,9	2	9,1	
Orta	88	78,6	24	21,4	
Kötü	30	71,4	12	28,6	
Çok kötü*	1	25,0	3	75,0	
Kontrendikasyonlar					0,799
Çok iyi	2	66,7	1	33,3	
İyi	14	73,7	5	26,3	
Orta	74	75,5	24	24,5	
Kötü	48	82,8	10	17,2	
Çok kötü	2	50,0	2	50,0	
Yan etkiler					0,562
Çok iyi	2	66,7	1	33,3	
İyi	12	70,6	5	29,4	
Orta	82	80,4	20	19,6	
Kötü	40	80,0	10	50,0	
Çok kötü	4	40,0	6	60,0	

İlaç etkileşimleri					0,000; 34,62
Çok iyi	4	66,7	2	33,3	
İyi*	8	38,1	13	61,9	
Orta*	40	66,7	20	33,3	
Kötü	55	91,7	5	8,3	
Çok kötü	32	94,1	2	5,9	
Biyoeşdeğerlilik					0,000; 32,76
Çok iyi	5	71,4	2	28,6	
İyi*	8	34,8	15	65,2	
Orta*	44	73,3	16	26,7	
Kötü	76	90,5	8	9,5	
Çok kötü	7	87,5	1	12,5	
Etki mekanizması					0,116
Çok iyi	4	80,0	1	20,0	
İyi	9	52,9	8	47,1	
Orta	76	82,6	16	17,4	
Kötü	44	74,6	15	25,4	
Çok kötü	7	77,8	2	22,2	
Uyarı ve önlemler					0,099
Çok iyi	4	80,0	1	20,0	
İyi	11	57,9	8	42,1	
Orta	72	74,2	25	25,8	
Kötü	43	87,8	6	12,2	
Çok kötü	10	83,3	2	16,7	
Özel durumlar					0,378
Çok iyi	2	66,7	1	33,3	
İyi	18	66,7	9	33,3	
Orta	74	78,7	20	21,3	
Kötü	44	81,5	10	18,5	
Çok kötü	2	50,0	2	50,0	

* Farkın kaynaklandığı grup

Dönem 6 öğrencilerine reçete yazarken kullandıkları kriterlerin önem derecesi sorulduğunda, alınan yanıtlar Tablo XII’de verilmiştir. AİK eğitimi faydalı bulan ve bulmayanların verdikleri yanıtlar arasında ilacın etkililik ve maliyeti dikkate alma açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken($p<0.05$), uygunluk ve güvenilirlik açısından anlamlı fark bulunmamıştır($p>0.05$).

Tablo XII.: Reçete Yazarken Dönem 6 Öğrencilerinin Kullandıkları Kriterlerin Önem Derecesinin Dağılımı

Kriterler	Tıp Fakültesinde alınan AİK eğitimini faydalı				p, χ^2
	Bulanlar (n=140)		Bulmayanlar(n=42)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Etkililik					0,019; 9,86
Her zaman	60	75,9	19	24,1	
Sıklıkla	74	82,2	16	17,8	
Bazen	5	55,6	4	44,4	
Hiçbir zaman*	1	25,0	3	75,0	
Güvenlilik					0,882
Her zaman	62	79,5	16	20,5	
Sıklıkla	69	75,0	23	25,0	
Bazen	7	77,8	2	22,2	
Hiçbir zaman	2	66,7	1	33,3	
Uygunluk					0,099
Her zaman	52	85,2	9	14,8	
Sıklıkla	71	70,3	30	29,7	
Bazen	15	88,2	2	11,8	
Hiçbir zaman	2	66,7	1	33,3	
Maliyet					0,001 ; 15,68
Her zaman	1	50,0	1	50,0	
Sıklıkla*	24	88,9	3	11,1	
Bazen	103	80,5	25	19,5	
Hiçbir zaman	12	48,0	13	52,0	

* Farkın kaynaklandığı grup

Tablo XIII'te dönem 6 öğrencilerine, reçeteleme sırasında en sık başvurdukları kaynaklar sorulduğunda, AİK eğitimini faydalı bulanlar ve bulmayanlar en sık başvuru kaynağının internet olduğunu ifade etmişlerdir.

Tablo XIII: Dönem 6 Öğrencilerinin Reçeteleme Sırasında Başvurdukları Kaynakların Dağılımı*

Başvuru Kaynakları	Tıp Fakültesinde alınan AİK eğitimini faydalı				p, X ²
	Bulanlar (n=140)		Bulmayanlar(n=42)		
	Sayı	%	Sayı	%	
İnternet	113	80,7	30	71,4	0,198
Vademecum	18	12,9	5	11,9	0,871
İlaç yazılım programları	12	8,6	2	4,8	0,331
Meslektaşla danışma	2	1,4	2	4,8	0,228
Tanı ve Tedavi Rehberleri	73	52,1	16	38,1	0,110
TİK	14	10,0	5	11,9	0,457
Farmakoloji kitapları	17	12,1	6	14,3	0,714

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Dönem 6 öğrencilerinden ilaç reçetelemeden önce hastalarının anamnez bilgilerini hangi sıklıkla sorguladıklarını değerlendirmeleri istendiğinde, AİK eğitimini faydalı bulan ve bulmayanların verdikleri yanıtlar Tablo XIV'de sunulmuştur. Hiçbir alt başlıkta AİK faydalı bulanlar ve bulmayanlar arasında fark bulunmamıştır(p>0.05).

Tablo XIV. Dönem 6 Öğrencilerinin Reçetelemede Sorguladıkları Anamnez Bilgilerinin Dağılımı

Anamnez bilgileri	Tıp Fakültesinde alınan AİK eğitimini faydalı				p, x ²
	Bulanlar (n=140)		Bulmayanlar (n=42)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Bitkisel ürün kullanımı					0,341
Her zaman	12	66,7	6	33,3	
Sıklıkla	46	73,0	17	27,0	
Bazen	38	77,6	11	22,4	
Nadiren	27	90,0	3	10,0	
Hiçbir zaman	17	77,3	5	22,7	
Kullanılan diğer ilaçlar					0,155
Her zaman	62	73,8	22	26,2	
Sıklıkla	66	83,5	13	16,5	
Bazen	10	66,7	5	33,3	
Nadiren	1	50,0	1	50,0	
Hiçbir zaman	1	50,0	1	50,0	
İlaç alerjisi					0,187
Her zaman	70	77,8	20	22,2	
Sıklıkla	51	83,6	10	16,4	
Bazen	17	63,0	10	37,0	
Nadiren	1	50,0	1	50,0	
Hiçbir zaman	1	50,0	1	50,0	
Karaciğer hastalığı					0,510
Her zaman	46	71,9	18	28,1	
Sıklıkla	55	82,1	12	17,9	
Bazen	28	73,7	10	26,3	
Nadiren	9	90,0	1	10,0	
Hiçbir zaman	2	66,7	1	33,3	

Böbrek hastalığı					0,458
Her zaman	44	69,8	19	30,2	
Sıklıkla	54	83,1	11	16,9	
Bazen	33	76,7	10	23,3	
Nadiren	6	85,7	1	14,3	
Hiçbir zaman	2	66,7	1	33,3	
Kronik hastalık					0,745
Her zaman	65	76,5	20	23,5	
Sıklıkla	58	79,5	15	20,5	
Bazen	15	75,0	5	25,0	
Nadiren	1	50,0	1	50,0	
Hiçbir zaman	1	50,0	1	50,0	
Gebelik					0,052
Her zaman	63	71,6	25	28,4	
Sıklıkla	36	73,5	13	26,5	
Bazen	36	94,7	2	5,3	
Nadiren	4	80,0	1	20,0	
Hiçbir zaman	1	50,0	1	50,0	

*Farkın kaynaklandığı grup

Hastalara reçetede yazılan ilaçlar hakkında verdikleri bilgileri değerlendirmeleri istendiğinde, Dönem 6 öğrencilerinden alınan yanıtlar Tablo XV’de sunulmuştur.

Tablo XV. Hastalara Reçetede Yazılan İlaçlar Hakkında Öğrencilerin Verdikleri Bilgilerin Dağılımı

Bilgiler	Tıp Fakültesinde alınan AİK eğitimini faydalı				P
	Bulanlar (n=140)		Bulmayanlar(n=42)		
	Sayı	%	Sayı	%	
İlacın adı					0,363
Her Zaman	40	76,9	12	23,1	
Sıklıkla	60	80,0	15	20,0	
Bazen	29	72,5	11	27,5	

Nadiren	10	83,3	2	16,7	
Hiçbir zaman	1	33,3	2	66,7	
Uygulama şekli					
Her Zaman	48	71,6	19	28,4	0,059
Sıklıkla	68	87,2	10	12,8	
Bazen	20	66,7	10	33,3	
Nadiren	3	60,0	2	40,0	
Hiçbir zaman	1	50,0	1	50,0	
İlaç alerjisi					
Her Zaman	11	64,7	6	35,3	0,185
Sıklıkla	36	81,8	8	18,2	
Bazen	61	71,8	24	28,2	
Nadiren	24	88,9	3	11,1	
Hiçbir zaman	8	88,9	1	11,1	
Günlük doz					
Her Zaman	42	71,2	17	28,8	0,395
Sıklıkla	60	84,5	11	15,5	
Bazen	32	74,4	11	25,6	
Nadiren	4	66,7	2	33,3	
Hiçbir zaman	2	66,7	1	33,3	
Tedavi süresi					0,951
Her Zaman	39	79,6	10	20,4	
Sıklıkla	59	75,6	19	24,4	
Bazen	29	74,4	10	25,6	
Nadiren	10	83,3	2	16,7	
Hiçbir zaman	3	75,0	1	25,0	
İlacın etkisi					
Her Zaman	10	71,4	4	28,6	0,823
Sıklıkla	52	77,6	15	22,4	
Bazen	62	75,6	20	24,4	
Nadiren	14	87,5	2	12,5	
Hiçbir zaman	2	66,7	1	33,3	

Olası yan etkileri					0,436
Her Zaman	19	76,0	6	24,0	
Sıklıkla	45	76,3	14	23,7	
Bazen	52	74,3	18	25,7	
Nadiren	21	91,3	2	8,7	
Hiçbir zaman	3	60,0	2	40,0	

Tablo XVI’da reçeteledikleri ilaçlar hakkında verdikleri bilgileri değerlendirmeleri istendiğinde; “Yeterli anlatıyorum, çünkü hasta ilacını nasıl kullanacağını tam olarak anlamalıdır” önermesini AİK eğitimi faydalı bulan öğrencilerin daha fazla sayıda doğru bulduğu, “Eczanede tekrar anlatılacağı için yeterli anlatmıyorum.” önermesini ise AİK eğitimini faydalı bulmayan öğrencilerin doğru bulduğu ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur(p<0.05).

Tablo XVI. Öğrencilerin Reçetede Yazılan İlaçlar Hakkında Verdikleri Bilgileri Yeterli Görme Durumları

Verilen Bilgiler	Tıp Fakültesinde alınan AİK eğitimini faydalı				p, x ²
	Bulanlar (n=140)		Bulmayanlar (n=42)		
	Sayı	%	Sayı	%	
Yeterli anlatıyorum, çünkü hasta ilacını nasıl kullanacağını tam olarak anlamalıdır.	47	94,0	3	6,0	0,001; 11,33
Sadece kullanımı özen isteyen ilaçlar için yeterli anlatıyorum.	61	76,3	19	23,7	0,849
Eczanede tekrar anlatılacağı için yeterli anlatmıyorum.	30	62,5	18	37,5	0,006; 7,64
Vakit yeterli olmadığı için yeterince anlatamıyorum	2	50,0	2	50,0	0,228

4.4. Araştırma Görevlisi Hekimler ve Tıp Fakültesi Dönem 6 Öğrencilerinin AİK Uygulamaları Açısından Karşılaştırılması:

AİK eğitimi alan araştırma görevlileri ve dönem 6 öğrencilerinin, AİK konusundaki kendi bilgi düzeylerini değerlendirme durumlarının karşılaştırılması Tablo XVII’de sunulmuştur. Bu yanıtlara göre alt başlıkların tamamında, AİK eğitimi alan araştırma görevlileri daha fazla oranda kendilerini “çok iyi” ve “iyi” olarak nitelendirirken, dönem 6 öğrencileri ise “kötü” ve “çok kötü” olarak değerlendirmişlerdir. AİK eğitimi alan araştırma görevlileri ile dönem 6 öğrencileri arasında, tüm alt başlıklarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo XVII: Katılımcıların AİK Konusundaki Kendi Bilgi Düzeylerini Değerlendirme Durumlarının Karşılaştırılması

Bilgi Düzeyi	AİK Eğitimi Alan Araştırma Görevlileri (n=108)		Dönem 6 Öğrencileri (n=182)		p, χ^2
	Sayı	%	Sayı	%	
Endikasyonlar					
Çok iyi*	11	73,3	4	26,7	0,000; 31,17
İyi*	51	51,5	48	48,5	
Orta	34	26,4	95	73,6	
Kötü	10	25,6	29	74,4	
Çok kötü	2	25,0	6	75,0	
Günlük doz ve uygulama şekli					
Çok iyi*	7	77,8	2	22,2	0,000; 47,714
İyi*	47	68,1	22	31,9	
Orta	42	27,2	112	72,8	
Kötü	11	20,8	42	79,2	
Çok kötü	1	20,0	4	80,0	
Kontrendikasyonlar					
Çok iyi*	9	75,0	3	25,0	0,000; 30,567
İyi*	31	60,9	19	39,1	
Orta	51	34,2	98	65,8	
Kötü	16	21,1	58	78,9	

Çok kötü	1	33,3	4	66,7	
Yan etkiler					
Çok iyi*	7	70,0	3	30,0	0,000; 33,650
İyi*	32	66,0	17	34,0	
Orta	52	32,9	102	66,1	
Kötü	15	23,8	50	76,2	
Çok kötü	2	25,0	6	75,0	
İlaç etkileşimleri					
Çok iyi	10	62,5	6	37,5	0,000; 64,379
İyi*	26	55,3	21	44,7	
Orta	40	40,0	60	60,0	
Kötü	29	32,5	60	67,5	
Çok kötü*	3	18,8	34	81,8	
Biyoeşdeğerlilik					
Çok iyi	6	46,1	7	53,7	0,000; 30,096
İyi	34	59,6	23	41,4	
Orta	55	47,8	60	53,2	
Kötü*	7	22,7	84	77,3	
Çok kötü	6	48,5	8	51,5	
Etki mekanizması					
Çok iyi*	12	71,1	5	29,9	0,000; 33,794
İyi*	31	64,6	17	35,4	
Orta	43	31,7	92	68,3	
Kötü	21	25,7	59	74,3	
Çok kötü	1	10,0	9	90,0	
Uyarı ve önlemler					
Çok iyi	6	54,5	5	35,5	0,000; 38,085
İyi*	34	64,2	19	35,8	
Orta	53	34,3	97	65,7	
Kötü*	14	22,2	49	44,8	
Çok kötü*	1	7,7	12	92,3	
Özel durumlar					

Çok iyi*	9	75,0	3	25,0	0,000; 36,289
İyi*	40	59,7	27	40,3	
Orta	46	32,6	94	67,4	
Kötü	12	17,7	54	82,3	
Çok kötü	1	20,0	4	80,0	

*Farkı yaratan grup

Tablo XVIII 'de AİK eğitimi alan araştırma görevlileri ve dönem 6 öğrencilerinin reçeteleme sırasında göz önüne aldıkları kriterlerin önem derecesinin dağılımı sunulmuştur. Bu yanıtlara göre alt başlıkların tamamında, AİK eğitimi alan araştırma görevlileri daha fazla oranda kendilerini “çok iyi” ve “iyi” olarak nitelendirirken, dönem 6 öğrencileri “kötü” ve “çok kötü” olarak değerlendirmişlerdir. AİK eğitimi alan ve almayan araştırma görevlileri arasında, tüm alt başlıklarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p < 0.05$).

Tablo XVIII: AİK Eğitimi Alan Araştırma Görevlileri ve Dönem 6 Öğrencilerinin Reçeteleme Sırasında Göz Önüne Aldıkları Kriterlerin Önem Derecesinin Dağılımı

Kriterler	AİK Eğitimi Alan Araştırma Görevlileri (n=108)		Dönem 6 Öğrencileri (n=182)		p,x ²
	Sayı	%	Sayı	%	
Etkililik					
Her zaman*	79	50,0	79	50,0	0,000; 25,034
Sıklıkla	27	23,1	90	76,9	
Bazen	1	9,0	9	90,0	
Hiçbir zaman	1	20,0	4	80,0	
Güvenlilik					
Her zaman*	76	48,9	78	51,1	0,000; 22,685
Sıklıkla	29	24,0	92	76,0	
Bazen	2	18,1	9	81,9	
Hiçbir zaman	1	25,0	3	75,0	
Uygunluk					

Her zaman*	62	50,4	61	49,6	0,000; 20,359
Sıklıkla	42	29,4	101	70,6	
Bazen	3	15,0	17	85,0	
Hiçbir zaman	1	25,0	3	75,0	
Maliyet					
Her zaman	4	66,6	2	33,4	0,004; 13,586
Sıklıkla	16	36,4	27	63,6	
Bazen	61	32,3	128	67,7	
Hiçbir zaman*	27	64,2	15	35,8	

*Farkı yaratan grup

Katılımcılara reçeteleme sırasında en sık başvurdukları kaynaklar sorulduğunda alınan yanıtlar Tablo XIX 'da verilmiştir. Meslektaş danışmanın en fazla AİK eğitimi alan araştırma görevliler arasında, tanı ve tedavi rehberlerine başvurunun en sık dönem 6 öğrencileri arasında olduğu bulunmuştur.

Tablo XIX: Katılımcıların Reçeteleme Sırasında Başvurdukları Kaynakların Dağılımı*

Başvuru Kaynakları	AİK Eğitimi Alan Araştırma Görevlileri (n=108)		Dönem 6 Öğrencileri (n=182)		p,x ²
	Sayı	%	Sayı	%	
İnternet	98	40,7	143	59,3	0,008; 7,148
Vademecum	55	70,5	23	29,5	0,000; 50,536
İlaç yazılım programları	62	81,6	14	18,4	0,000; 86,625
Meslektaş danışma	56	93,3	4	6,7	0,000; 101,841
Tanı ve Tedavi Rehberleri	36	28,8	89	71,2	0,010; 6,698
TİK		62,0	19	38,0	0,000;

	31				15,846;
İlaç firmalarının araştırma ve tanıtım programları	29	55,7	23	54,3	0,786
Farmakoloji kitapları	2	8,0	23	92,0	0,002; 10,009

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Araştırma görevlisi ve dönem 6 öğrencilerinin, ilaç reçetelemeden önce hastalarının anamnez bilgilerini hangi sıklıkla sorguladıklarını değerlendirmeleri istendiğinde, verdikleri yanıtlar Tablo XX 'de sunulmuştur. Dönem 6 öğrencileri ilaç reçetelemeden önce hasta anamnezinde pek çok bilgiyi her zaman sorguladıklarını ifade etmiş olup, araştırma görevlileri ile aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo XX: Katılımcıların Reçeteleme Öncesinde Sorguladıkları Anamnez Bilgilerinin Dağılımı

Bilgiler	AİK Eğitimi Alan Araştırma Görevlileri (n=108)		Dönem 6 Öğrencileri (n=182)		p,x ²
	Sayı	%	Sayı	%	
Bitkisel ürün kullanımı					
Her zaman*	3	14,3	18	85,7	0,000; 37,366
Sıklıkla*	10	13,7	63	86,3	
Bazen	37	43,0	49	57,0	
Nadiren*	42	58,1	30	41,9	
Hiçbir zaman	16	42,1	22	57,9	
Kullanılan diğer ilaçlar					
Her zaman*	29	25,7	84	74,3	0,002; 17,414
Sıklıkla	54	40,6	79	59,4	
Bazen	19	55,8	15	44,2	

Nadiren	5	71,4	2	28,6	
Hiçbir zaman	1	33,3	2	66,7	
İlaç alerjisi					
Her zaman*	28	23,7	90	76,3	0,001; 17,490
Sıklıkla	53	45,7	61	54,3	
Bazen	22	44,9	27	55,1	
Nadiren	3	60,0	2	40,0	
Hiçbir zaman	2	50,0	2	50,0	
Karaciğer hastalığı					
Her zaman	19	22,9	64	77,1	0,002; 17,219
Sıklıkla	35	34,3	67	65,7	
Bazen*	45	53,1	38	46,9	
Nadiren	7	41,1	10	58,9	
Hiçbir zaman	2	40,0	3	60,0	
Böbrek hastalığı					
Her zaman*	19	23,2	63	76,8	0,001; 18,264
Sıklıkla	36	35,0	65	65,0	
Bazen	38	46,5	43	53,5	
Nadiren	13	65,0	7	35,0	
Hiçbir zaman	2	40,0	3	60,0	
Kronik hastalık					
Her zaman*	36	29,3	85	70,7	0,005; 12,949
Sıklıkla	58	43,9	73	56,1	
Bazen	10	33,3	20	66,7	
Nadiren	2	50,0	2	50,0	
Hiçbir zaman	2	50,0	2	50,0	
Gebelik					
Her zaman*	20	18,5	88	81,5	0,000; 35,703
Sıklıkla	39	44,3	49	55,7	
Bazen	33	46,5	38	53,5	
Nadiren	10	66,7	5	33,3	
Hiçbir zaman	6	75,0	2	25,0	

Katılımcılara hastalarına reçetede yazdıkları ilaçlar hakkında hangi bilgileri verdikleri sorulduğunda, alınan yanıtlar Tablo XXI'de sunulmuştur. İki grup arasında ilacın adı, uygulama şekli ve ilacın olası yan etkileri konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur($p<0.05$).

Tablo XXI: Katılımcıların Reçetede Yazdıkları İlaçlar Hakkında Hastalara Verdikleri Bilgilerin Dağılımı

Bilgi Düzeyi	AİK Eğitimi Alan Araştırma Görevlileri (n=108)		Dönem 6 Öğrencileri (n=182)		p,x ²
	Sayı	%	Sayı	%	
İlacın adı					
Her zaman*	18	26,1	52	73,9	0,000; 24,303
Sıklıkla*	31	25,9	75	74,1	
Bazen	38	48,7	40	51,3	
Nadiren	15	55,5	12	44,5	
Hiçbir zaman	6	66,7	3	33,3	
Uygulama şekli					
Her zaman*	28	29,5	67	70,5	0,023; 9,566
Sıklıkla	46	36,8	78	63,2	
Bazen	26	46,5	30	53,5	
Nadiren	7	58,3	5	41,7	
Hiçbir zaman	1	33,3	2	66,7	
İlaç alerjisi					
Her zaman	4	14,9	90	85,1	0,052
Sıklıkla	15	27,4	61	82,6	
Bazen	32	54,2	27	45,8	
Nadiren	40	95,4	2	4,6	
Hiçbir zaman	16	88,8	2	11,2	

Günlük doz					
Her zaman	28	32,2	59	67,8	0,064
Sıklıkla	60	45,8	71	54,2	
Bazen	18	25,1	43	74,9	
Nadiren	1	14,3	6	85,7	
Hiçbir zaman	1	25,0	3	75,0	
Tedavi süresi					
Her zaman	17	25,5	49	74,5	0,577
Sıklıkla	30	27,8	78	72,2	
Bazen	39	50,0	39	50,0	
Nadiren	20	62,5	12	37,5	
Hiçbir zaman	2	33,3	4	66,7	
İlacın etkisi					
Her zaman	7	33,3	14	66,7	0,233
Sıklıkla	29	27,4	77	72,6	
Bazen	36	30,6	82	69,4	
Nadiren	30	69,5	16	30,5	
Hiçbir zaman	6	66,7	3	33,3	
İlacın olası yan etkileri					
Her zaman	6	13,6	25	86,4	0,005; 14,793
Sıklıkla	26	32,6	59	67,4	
Bazen	35	33,4	70	66,6	
Nadiren*	31	57,4	23	42,6	
Hiçbir zaman*	10	66,7	5	33,3	

*Farkın kaynaklandığı grup

Hastalarına reçeteledikleri ilaçlar hakkında verdikleri bilgilerin yeterliliğini değerlendirmeleri istendiğinde, araştırma görevlileri ve dönem 6 öğrencilerinin verdiği yanıtlar Tablo XXII'de verilmiş olup, hiçbir alt başlıkta anlamlı fark bulunamamıştır($p>0.05$).

Tablo XXII: Katılımcıların Hastalarına Reçeteledikleri İlaçlar Hakkında Verdikleri Bilgiler Konusundaki Öz Değerlendirmeleri

Verilen Bilgiler	AİK Eğitimi Alan Araştırma Görevlileri (n=108)		Dönem 6 Öğrencileri (n=182)		p,x ²
	Sayı	%	Sayı	%	
Yeterli anlatıyorum,çünkü hasta ilacını nasıl kullanacağını tam olarak anlamalıdır.	35	41,2	50	58,8	0,372
Sadece kullanımı özen isteyen ilaçlar için yeterli anlatıyorum.	48	37,5	80	62,5	0,935
Eczanede tekrar anlatılacağı için yeterli anlatmıyorum.	20	29,4	48	70,6	0,127
Vakit yeterli olmadığı için yeterince anlatamıyorum	5	55,6	4	44,4	0,208

5. TARTIŞMA

5.1. Araştırma Görevlisi Hekimlerin Sosyodemografik Özellikleri:

Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerin ortanca çalışma süresi 5,0 (min1-maks15) yıl olup, 108 (%49,5)'i tıp fakültesi eğitimleri sırasında AİK eğitimi aldıklarını belirtmişlerdir. Araştırma görevlileri tıp fakültesi mezuniyetinin ardından ÖSYM tarafından yapılandırılan Tıpta Uzmanlık Sınavı(TUS)'nda başarılı olup, ilgili kurumda uzmanlık ana veya yan dallarından birinde uzman olarak yetiştirilmek amacıyla, “Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği” ve ilgili mevzuat hükümleri çerçevesinde eğitim ve öğrenim gören, araştırma ve uygulama yapan tabiplerdir(Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği. 26/04/2014 tarihli ve 28983 sayılı Resmî Gazete). Bu çalışmada da olduğu gibi araştırma görevlileri, mezuniyet sonrası kısa sürede TUS'nda başarılı olup, eğitimlerine başlayan hekimlerdir(Akkurt (2016, Doğukan'ın (2008). Ülkemizde tıp fakültelerinde AİK eğitimleri ilk kez 1996 yılında MÜTF'nde başlangıçta dahiliye, pediatri gibi 4.sınıf staj programları içerisinde başlatılan probleme dayalı AİK eğitimi şeklinde olup, daha sonra bağımsız bir klinik staj halinde tıp fakültesi eğitimine kazandırılmış ve bu programı pekçok tıp fakültesi kendi eğitim müfredatları içine entegre etmiştir(Akıcı,2008). Bu çalışmada da araştırma görevlilerinin yaklaşık yarısının bu eğitimi aldıklarını ifade etmesi, tıp fakültelerinde bu müfredatın uygulandığını ancak aradan geçen 20 yıllık sürece rağmen halen tüm tıp fakültelerinin müfredatına entegre edilmediğini göstermektedir.

Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimler muayene için ayırdıkları ortanca sürenin 10,0 (min 2-maks 30) dakika olduğunu belirtmişlerdir. DSÖ hastanın doktorla birlikte geçirdiği süre olan muayene süresini, hastanın ihtiyacına verilen cevabın bir göstergesi olarak kabul etmektedir ve bu sağlık sistemi kalitesini gösteren önemli bir boyuttur. DSÖ'nün önerdiği bir hasta için muayene süresi ise 20 dakikadır. DSÖ'nün gelişmekte olan ülkelerde yaptığı bir araştırmalarda birinci basamakta çalışan hekimlerin ortalama muayene sürelerinin

3 ila 6,3 dakika arasında değiştiği görülürken, gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda ise hekimlerin hastalarına muayene için ayırdıkları zamanının gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Grumbachg K(1993) ABD’de aile hekimlerinin hasta muayenesi için ayırdıkları zamanı yaklaşık 12 dakika olarak bildirirken, İngiltere’de ise genel pratisyenlerin hastalara ortalama 8 dakika ayırdığı bildirmektedir. Literatürde birçok çalışmada bu ideal sürenin hekim ve hasta iletişimi açısından çok önemli bir faktör olduğu, hastaya yeterli bilgi verilebilmesi için bu sürenin gerekli olduğu belirtilmektedir (Conrad, 1994, Gordon 1997).

Bu çalışmada araştırma görevlilerinin sadece %6.9’unun, hasta başına muayene için 20 dakika ve üzerinde zaman ayırabildiği ve dörtte üçünün dahili bölümlerde çalıştıkları düşünüldüğünde; ülkemizde bir hastanın öyküsünün alınması, muayenesinin yapılması, tanı konulması ve akılcı ilaç reçeteleme aşamasının uygulanması için hekimlerin hastalarına yeterli süreyi ayıramadıkları tespit edilmiştir. Ülkemizde hekimlerin hastalarına ayırabildiği süre ile ilgili yapılan pek çok çalışmada da benzer bulgular elde edilmiştir(alıkoğlu ve ark(2006); Mollahaliloğlu S(2000). SB’nın (2010)’da aile hekimleri(AH) ve uzman hekimler(UH)’de yaptığı araştırmada AH’nin hastalarına ortalama 8 dakika 58 saniye, UH’in ise 7dakika 33 saniye süre ayırdığı saptanmıştır.. Akkurt(2016)’un Ankara’da asistan hekimlerle yaptığı başka bir çalışmada, hekimlerin sadece %5,0’inin hasta başına 15 dakika ve üzeri zaman ayırabildiği bulunmuştur. Her Őeyden önce tedavinin düzenlenmesi için dahi asgari 8-10 dakikaya ihtiyaç duyulduğu göz önünde tutulduğunda, bu srelerin AİK ilkeleri çerçevesinde hastanın doğru tanı ve tedavisinin düzenlenmesi de dâhil, ideal süreyi karşılayamayacağı açıktır(Conrad 1994,Gordon1997).

Çalışmaya katılan hekimlerden, tıp fakültesinde AİK eğitimi alanların 81(%75,0)’i aldıkları eğitimin faydalı olduğunu dşnrken, bu eğitimi almamış olanların 86(%78,2)’sı AİK eğitimi almak istediklerini ifade etmişlerdir. SB’nın (2010)’da aile hekimleri(AH) ve uzman hekimler(UH)’de yaptığı araştırmada AH’lerin %33,4’, UH’lerin %18,1’i daha önce AİK konusunda eğitim aldđıđını bildirmiştir. AİK’i geliştirmek amacıyla AH’lerin %95,6’sı, UH’lerin %91,1’i ‘‘tıp fakültelerinde AİK eğitimi verilmesini uygun bulduğunu belirtti. Ülkemizdeki tüm tıp fakültelerinde AİK eğitiminin uygulanmasının zorunlu hle getirilmesinin

gerekçeleri sıralanırken, araştırmada elde edilen bu tespitler yer alabilir. (Akıcı,2010, “Sosyal Güvenlik Kurumları Sağlık Harcamaları”, T.C. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara (Yayınlanmamış Rapor). Akıcı (2010)‘da sadece farmakologlara yönelik yaptığı araştırmaya göre, öğretim üye ve yardımcılarının %27,8’inin AİK eğitimi almış olduğunu bildirmiştir. Farmakologların AİK eğitimindeki merkezi konumları göz önüne alındığında, tespit edilen bu oranın diğer uzmanlık alanlarında çok daha az olduğu varsayılabilir. Doğukan (2008) Ankara’da birinci basamakta yaptığı çalışmada, hekimlerin %11,6’sının AİK konusunda eğitim aldığını bildirmiştir. Çalışmada AİK eğitimi almış araştırma görevlisi hekim oranının literatürdekinden yüksek olmasına rağmen, AİK eğitimi almamış grubun yarı yarıya olması ve bu gruptaki çoğunluğun eğitim alma isteği, hâlâ AİK eğitiminin arzu edilen düzeylerin gerisinde olduğunu gösterebilir. Bu tespit, AİK eğitimlerinin yaygınlaştırılmasına duyulan ihtiyaca işaret etmektedir.

5.1.1. AİK Eğitimi Alan ve Almayan Araştırma Görevlisi Hekimlerin Öz Değerlendirmeleri

Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerin, AİK konusunda kendi bilgi düzeylerini değerlendirmeleri istenmiştir. Endikasyon, günlük doz ve uygulama şekli, yan etkiler, uyarı ve önlemler, özel durumlar alt başlıklarında AİK eğitimi almayanlar alanlara göre bilgi düzeylerini “kötü” ve “çok kötü” olarak değerlendirirken; kontrendikasyon, ilaç etkileşimleri, biyoşdeğerlik, etki mekanizması alt başlıklarında AİK eğitimi alanlar almayanlara göre kendilerini istatistiksel olarak anlamlı daha fazla “çok iyi” olarak değerlendirmiştir. Literatürdeki çalışmalar irdelendiğinde hekimler, endikasyon ve günlük doz hakkındaki bilgilerini daha yeterli görmektedir. SB’nın (2010) da AH ve UH’de yaptığı araştırmada; AH’lerin %61,2’si ilaçların uygulama şeklini, %55,9’u günlük dozunu, %52,2’si endikasyonlarını çok iyi bildiğini, %57,4’ü yan etkilerini iyi bildiğini belirtmiştir. Uzman hekimlerin ise %66,2’si ilaçların uygulama şeklini, %62,6’sı günlük dozunu, %60,5’i endikasyonlarını çok iyi bildiğini, %52,8’i ilaç etkileşimlerini, %45,4’ü yan etkilerini iyi bildiğini ifade etmiştir. Akkurt(2016)’un Ankara’da asistan hekimlerle yaptığı bir araştırmada; hekimlerin çoğu ilaçların endikasyonu hakkındaki bilgilerinin yeterli olduğunu

düşünmekte, ilaçların günlük dozları, kontrendikasyonları, yan etkileri, biyoyararlanımları ve biyoeşdeğerlilikleri hakkındaki bilgilerinin yetersiz olduğunu düşünmektedir. Mollahaliloğlu ve ark.(2000)'nın yaptığı başka bir çalışmada hekimler en fazla ilaçların uygulama şekli, günlük dozu ve endikasyonları hakkındaki bilgilerinin iyi olduğu belirtilirken, fiyat, ilaç etkileşimleri, biyoeşdeğerlilik ve biyoyararlanım konularında kendilerini yetersiz gördüklerini ifade etmişlerdir. Çalıkoğlu(2006)'nun çalışmasında Erzurumda hekimler AİK konusunda kendi bilgi düzeylerini; en yüksek oranda ilacın endikasyonu (% 66.9), günlük doz (% 61.8) ve uygulama şekli (% 63.2) hakkında yeterli bulurken, ilaç etkileşimleri, biyoyararlanımı, biyoeşdeğerliliği ve ilacın fiyatı hakkında bilgilerini yeterli gören hekim oranını oldukça düşük olarak belirtmiştir. Bu çalışmada AİK eğitimi alan araştırma görevlileri almayanlara göre kendi bilgi düzeylerini daha iyi olarak nitelemiş olup, çoğunluğunun mezuniyet sonrası ilk 5 yılın içinde olması ve eğitimin henüz yeni alınmış olmasının bu konuda AİK eğitiminin faydalı olduğunu gösterir niteliktedir. Diğer yandan halen ülkedeki tüm tıp fakültelerinin programına entegre edilemese de, AİK eğitiminin hekimlerinin ilaç kullanımı sırasında kendilerine olan güveni artırdığı düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan araştırma görevlilerine reçete yazarken önem verdikleri kriterlerleri derecelendirmeleri istendiğinde, AİK eğitimi alan ve almayan hekimler arasında ilacın etkililik ve güvenliliğine önem verme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, uygunluk ve maliyet açısından anlamlı fark bulunmamıştır.

Hastanın AİK ilkelerine uygun olarak tedavisinin planlanması, reçetesinin yazılması ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi süreci, herhangi bir problemin çözüm süreciyle yakın benzerlik gösterir. Bu süreç problemin tanımlanmasını, çözümüne yönelik bir hipotez kurulmasını, bu hipotezin bir deneyle sınanmasını ve sonucun gözlenmesini, gerekirse doğrulanmasını içerir. Bir hastanın tedavisinin yönetimi için de aynı ilkeler geçerlidir. İlk olarak hastanın probleminin dikkatlice tanımlanması, bundan sonra tedavi amaçlarının saptanması ve değişik tedavi seçenekleri arasından etkinliği kanıtlanmış ve güvenli bir tedavinin seçilmesi gerekir. Hekimi tedavi hedeflerine ulaştırabilecek ilaç veya ilaç dışı diğer seçenekler birlikte değerlendirilmeli, ilaç seçenekleri etkililik,

güvenlilik, uygunluk ve maliyet açısından birbiriyle karşılaştırılmalı ve en iyi seçenek belirlenmelidir(De Vries TPGM,1994). Etkililik;İlaçların farmakodinamik ve farmakokinetik özelliklerini kapsamaktadır. İlaç tercihinde ilk ve en önemli ölçüttür(Ambwani S and Mathur AK, 2007). Güvenlilik; İlaçların yan etkilerini kapsamaktadır. İlacı reçete etmeden önce hastanın ilaç alerji ve/veya yan etkileri anamnezde sorgulanmalıdır. Hastaneye başvuran hastaların %10'unda oluşabilecek ilaç yan etkileri eksiksiz alınan anamnezle önlenmektedir. Bir ilacın etkisi kadar, yan etkisinin de olabileceği unutulmamalıdır(Eşkazan, 2008). Tedavi verilirken özellikleri iyi bilinen, güvenli ilaçlar kullanılmalıdır. Tedaviye en uygun dozda başlanıp doz artışı yavaş yavaş yapılmalıdır. Doz ayarlaması, hastanın ilaca verdiği yanıtı göre yapılmalıdır ki, bu tedavinin bireyselleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır. Tedavi süreci düzenli olarak gözden geçirilmeli ve gereksiz olduğu düşünülen ilaçlar tedaviden çıkartılmalıdır(Eşkazan, 2008,WHO2007, De Vries TPGM,1994, Hogerzeil HV,1995).

SB'nın (2010) da AH ve UH'de yaptığı araştırmada hekimlerin ilaç seçerken dikkate aldığı kriterler sorgulandığında; AH'lerin %97,4'ünün, UH'lerin%97,3'ünün ilaç seçerken en sık dikkate aldığı kriterin etkililik olduğu saptandı. Bunun yanında AH'lerin %83,9'unun, UH'lerin %77,1'inin ilacın güvenliğini dikkate aldığı saptandı. Literatüre bakıldığında da benzer şekilde en sık ilaç seçim kriteri olarak genelde "etkililik" ve "güvenlilik" parametrelerinin ön plana çıktığı görülmektedir. Ankara'da Demirkıran M, Şahin B(2010) ve Mollahaliloğlu(2000)'nun birinci basamakta yapılmış olduğu iki farklı çalışmada, hekimlerin reçete yazarken dikkate aldıkları temel kriterlerin ilacın etkililiği (sırasıyla %99,2 ve %98,3) ve güvenliliği (sırasıyla %96,8 ve %95) olduğu bildirilmiştir. Çalikoğlu(2006)'nun Erzurum'da pratisyen hekimlerde ilaç seçimini etkileyen en önemli kriterin ilacın etkililiği (%66,4) ve ilacın güvenliliği (%51,3) olduğunu bildirmiştir. Akıcı(2000) İstanbul'da pratisyen hekimlere yönelik AİK konusunda kısa süreli eğitim müdahalesinin yapıldığı bir çalışmada, AİK ilkeleri gereği ilaç seçerken hekimlerin en sık dikkate alması gereken kriterler olan "etkililik, güvenlilik, uygunluk, maliyet" in dikkate alınıp alınmadığı sorgulandığında, müdahale öncesinde hekimlerin bu dört kriterden ortalama 1,9'unu dikkate aldıkları, AİK eğitiminin ardından ise bu değer 3,5'e çıktı ve bu bakımdan yapılan karşılaştırmalarda müdahale sonrasında öncesine göre ve

kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu bildirirken, ilaç seçerken en sık etkililiği (%84,4) ve fiyatı (%55,1) önemsediklerini bildirmiştir. Yunanistan’da Theodorou M, Tsiantou V(2007) yaptıkları çalışmada, hekimlerin ilaç seçimini etkileyen en önemli kriterin ilacın klinik etkililiği olduğu (%94,9) bildirilmiştir. Genel tıp eğitimi ve etik kurallar çerçevesinde düşünüldüğünde hekimlerin, ilacın güvenilirlik kriterini daha çok önemseyeceği düşünülebilir. Nitekim yurtiçi ve yurt dışında yapılan pek çok çalışmada etkililik ve güvenlik kriterlerinin daha çok önemsendiği, bu çalışmada da etkililik ve güvenilirlik kriterlerinin AİK eğitimi almış hekimler tarafından almayanlara göre, uygunluk ve maliyet kriterlerine göre daha çok önemsendiği saptanmıştır. Bu bulgularla AİK eğitiminin etkililik ve güvenilirlik kriterlerinin önemini pekiştirmiş olabileceği söylenebilir.

Çalışmaya katılan AİK eğitimi alan ve almayan hekimlerin yararlandıkları bilgi kaynaklarına bakıldığında en sık interneti ve en az farmakoloji kitaplarını başvuru kaynağı olarak kullandıklarını ifade etmişlerdir. AİK eğitimi alan hekimlerin almayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha fazla meslektaş danıştıkları bulunmuştur (Tablo-5). Akkurt(2016)’un Ankara’da asistanlarda yaptığı çalışmada da başta internet ve vademecuma başvurulduğu; SB’nin (2010) da AH ve UH’de yaptığı araştırmada hem AH’nin hem de UH’in ilaç yazarken en sık “ilaç firmalarının araştırma ve tanıtım çalışmaları”ndan faydalandıkları; Doğukan’ın (2008) çalışmasında ise hekimlerin reçete yazarken en sık başvurdukları bilgi kaynaklarının vademecum ile tanı ve tedavi rehberleri olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin ilaç seçerken kanıta dayalı tıp ilkeleri çerçevesinde hareket etmesi beklenirken, çalışmada ve son dönemlerde yapılan benzer çalışmalarda internetin tercih edilen reçeteleme bilgi kaynakları arasında olması dikkat çekicidir. Prosser ve ark.(2003)’nin İngiltere’de pratisyen hekimlerle yaptığı bir çalışmada ilaç yazarken kullanılan veri kaynaklarının sıralaması farklıdır. Bu çalışmada yeni ilaçlar hakkında yararlandıkları bilgi kaynaklarının %49 ile ilaç firmaları, %16 ile medya, %17 ile akademik ve mesleki yayınlar ve %13 ile uzmanlar olduğunu belirlemişlerdir. İngilterede yapılan diğer bir çalışmada hekimlerin reçeteleme esnasında bir sorunla karşılaştıklarında başvurdukları kaynaklara bakıldığında %73,3 oranında ilaç rehberi ilk sırada yer

alırken, tıp kitapları %48,7 oranında tercih kaynağı olmuştur(Conrad P,Kern R,1994).

Dünyanın pek çok ülkesinde kanıta dayalı tıp uygulamaları çerçevesinde, tanı ve tedaviye yönelik rehberlerin hekimlerin başvuru kaynağı olduğu bilinmektedir. Tanı ve tedavi rehberleri, sağlık hizmetlerinde gereksiz harcamaları azaltması ve AİK'na temel oluşturması açısından önemlidir. Bu bağlamda ülkemizde de ilk Ulusal Tanı ve Tedavi Rehberi(UTTR) 2003 yılında yayımlanmış ve zaman zaman güncellenmiştir(www.akilciilaç.gov.tr). UTTR, ülkemizdeki hekimlerin ilaç seçiminde kanıta dayalı tıp uygulamaları çerçevesinde önemli bir kaynak görevi üstlenmektedir. Bu nedenle ülke çapında hekimlerin kapsamlı olarak kullanabilecekleri ve rahatlıkla erişebilecekleri, ayrıca DSÖ'nün genel ilaç politikalarıyla da örtüşen, denetlenebilir ilaç bilgi veri tabanlarına sahip bu rehberlerin, gereksinim durumunda ilk başvuru kaynağı olması beklenirken, bu çalışmada ve diğer çalışmalarda ilk kaynak olarak tercih edilmemesi düşündürücüdür.

Çalışmaya katılan araştırma görevlilerinin, ilaç reçetelemeden önce hastalarının anamnez bilgilerini hangi sıklıkla sorguladıklarını değerlendirmeleri istendiğinde; AİK eğitimi alan ve almayan hekimlerin hastalarından bitkisel ürün kullanımı, ilaç alerjisi, karaciğer ve böbrek hastalığı, kronik hastalık ve gebelik öyküsünü benzer sıklıkta aldığı; sadece AİK eğitimi almayanların alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha nadir diğer ilaçları sorguladıkları bulunmuştur. Akkurt (2016) Ankara'da asistan hekimlerin %89,4'ü yaş, %91,1'i kronik hastalık ,%0,6'sı gebelik ve ilaç alerjisini, %0,6'sı ilaç etkileşimini ve %0,6'sı ilacın olası yan etkilerini dikkate almakta olduklarını beyan etmişlerdir. Doğukan(2008)'nin Ankara'da yaptığı çalışmada, birinci basamakta çalışan hekimlerin ilaç reçete ederken hastalarına en sık gebelik (%54) durumunu, yaşını (%62,1) ve kullandığı başka ilaçlar olup olmadığını sorduklarını saptamıştır. SB'nin (2010) yaptığı bir çalışmada AH'nin %84,2'si, UH'in ise %78,5'i ilaç reçete ederken hastaların yaşını; AH'nin %83,6'sı ve UH'in %78'i gebelik durumunu; AH'nin %67,1'i ve UH'in %65,8'i ilaç alerjisi olup olmadığını sorguladıklarını tespit etmiştir. Akıcı(2000) İstanbul'da pratisyen hekimlerin %83'ünün daha önce kullanılan ilaçları, %79'unun yaşı anamnezde dikkate aldıklarını belirlemiştir.

AİK ilkelerinde hastanın klinik durumuna ve kişisel özelliklerine göre ilaç seçimi önemli bir etkidir. AİK eğitimi almanın anamnezde kullanılan bilgiler açısından kullanılan diğer ilaçları sorgulama dışında çok fark yaratmadığına bakılacak olursa, hizmet içi eğitimler ve eğitimlerin tekrarlarının gerekliliğinden bahsedilebilir. Yaşlı hastalar, çocuklar, gebeler, emziren kadınlar, böbrek ve/veya karaciğer yetmezliği olanlar, ilaç alerjisi öyküsü bulunanlar ilaç verilirken dikkat edilmesi gereken yüksek risk gruplarıdır. Özellikle yaşlı ve çocuk hastalarda uygun dozaj (sıvı formülasyonlar ve günde tek kez almak gibi) tercih edilmelidir. Ayrıca bazı ilaçlar için özel saklama koşulu gerekmektedir(Ambwani S and Mathur AK, 2007).

Yazılan reçetede yer alan ilaçla ilgili hastaya hekim tarafından bilgi verilmesi ve reçetenin hastaya tekrar ettirilmesi akılcı tedavi sürecinin birer parçasıdır. AİK ile ilgili eğitimlerin de en temel modüllerinden birisidir. Bu çalışmada AİK eğitimi alan ve almayan araştırma görevlisi hekimlerin, hastalarına reçetede yazdıkları ilaçlar hakkında verdikleri bilgiler Tablo-7’de sunulmuştur. Buna göre AİK eğitimi almayanların alanlara göre istatistiksel olarak anlamlı günlük doz konusunda hastalarını daha nadir bilgilendirdikleri; ilacın adı, uygulama şekli, ilaç etkileşimleri, tedavi süresi, etkisi, olası yan etkileri ve ilaçlarla ilgili uyarılar konularında bilgilendirme durumlarının benzer olduğu bulunmuştur. Akkurt (2016) Ankara’da asistan hekimlerin %56,1’inin hastalarına reçetede yazılan ilacın adı, %88,3’ünün uygulama şekli, %86,7’sinin günlük dozu, %30,6’sının ilacın etkisi, %50,6’sının ilacın olası yan etkileri ve %25,6’sının ise ilaçlarla ilgili uyarıları bilgisini verdiklerini bulmuştur. Akıcı ve ark.(2000)’nın yaptıkları araştırmada, günlük dozu söyleyenler %78, uygulama şeklini söyleyenler %73 olarak bulmuştur. Conrad ve ark.(1994)’nın İngiltere’de yaptıkları bir çalışmada; hekimlerin hastalarına %83,3’lük sıklıkla ilacın uygulama şeklini, %82,4’ü günlük dozunu her zaman söylediklerini belirtmiştir. Bu çalışmada AİK eğitimi alanların reçeteledikleri ilaçlar hakkında bilgi verme yüzdelerinin, eğitim alamayanlara göre yüksek olması her ne kadar olumlu ise de, AİK eğitimi alanlar ve almayanlar arasında fark bulunmaması düşündürücüdür. Hastaların ilaçlarla ilgili olarak hekim tarafından her zaman doğru ve eksiksiz bilgilendirilmesi çok önemli bir konudur. İlaçlarla ilgili eksiksiz bilgi vermek hem hekimin görevi, hem de hastaların temel hakkıdır. Diğer yandan tedavi süreci

hakkında hastaların bilgi sahibi olması, bir taraftan hastayı tedavi sürecine katarak hekimlere karşı olan güven duygusunu artırmakta, diğer yandan da tedaviye uyumu artırmaktadır.

Çalışmada AİK eğitimi alan ve almayan gruptaki araştırma görevlilerinin sadece yarısının reçeteledikleri ilaçlar hakkında hastalarını bilgilendirdiklerini, çünkü hastanın ilacını nasıl kullanacağını tam olarak anlaması gerektiğini ifade etmeleri düşündürücüdür. Yine çalışmada AİK eğitimi alan araştırma görevlisi hekimler almayanlara göre “kullanımı özen isteyen ilaçlar hakkında” daha fazla bilgi verdiklerini, AİK eğitimi almayanlar ise “eczanede tekrar anlatılacağı için” yeterli bilgi vermediklerini ifade etmişlerdir. Hem AİK eğitimi alan hem de almayan grubun “Vakit yeterli olmadığı için yeterince anlatamıyorum” ifadesi bu çalışmada bulunan ortanca her bir hastaya ayrılan sürenin yeterli olmaması bulgusu ile örtüşmektedir. AİK safhalarının her birinin yerine getirilebilmesi, hatta hastayı karşılama, öykü alma, fizik muayene yapma ve tedaviyi düzenleme aşamalarının herbiri düşünüldüğünde, ülkemizde hasta başına sosyal güvenlik kurumlarının hekimlere önerdiği süreler yeterli olmamaktadır. Bu durumun mevcut sağlık politikalarının bir çıktısı olduğu düşünülebilir. AİK sürecinde hastalar ister reçeteli ve ister reçetesiz ilaç kullansın, ilacın etkisi, yan etkisi, uygulanması, uyarılar, sonraki randevu gibi konularla ilgili mutlaka bilgilendirilmesi DSÖ tarafından önerilmektedir(De Vries TPGM & 1994). Çünkü hastanın tedaviye uyumu, kişinin tedavisi hakkında bilgilenmesi ile artmaktadır. SB’nin (2010) çalışmasında, AH’lerin %41,3’ü ve UH’lerin %41,8’i hastalarına ilaçlar hakkında verdikleri bilgilerin “her zaman” yeterli olduğunu beyan etmişlerdir. Yine aynı çalışmada AH ve UH’leri “mezuniyet sonrası ilaçlarla ilgili eğitim almış olma” durumlarına göre irdelendiğinde; eğitim almış AH’leri eğitim almamış olanlara göre daha fazla sıklıkta “reçetelerine yazdıkları ilaçlarla ilgili hastalarına verdikleri bilgileri her zaman yeterli bulduklarını” ifade etmişlerdir. AİK eğitiminin bilgilendirmeye olumlu etkisini “hekimlerin reçetesine yazdığı ilaçların nasıl kullanılacağını hastasına anlatma” konusunda da görmek mümkün olmuştur. AH’lerin %64,9’u, UH’lerin %68,1’i reçetesine yazdığı ilaçların nasıl kullanılacağını hastasına “her zaman” anlattığını beyan etmiştir. Çalışmadaki bulgularla da benzer olan bu sonuçlar, AİK eğitimi almış olmanın, hasta

bilgilendirmesi konusunda hekimlerin farkındalıklarının arttığı ancak yeterli olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

AİK eğitimi alan ve almayan araştırma görevlisi hekimlerin hastaların özel olarak istediği ilaçları reçete etme durumunu değerlendirmeleri istendiğinde; “sadece kronik hastalıklara ait ilaçları reçete edenlerin”, “İstenen tüm ilaçları reçete ederim, çünkü etmediğimde tartışma çıkıyor.” ve “Bu durumun yanlış olduğunu anlatacak vaktim olmadığı için, reçete ederim.” diyenler AİK eğitimi alan ve almayan araştırma görevlilerinin yaklaşık yarısı olup, verdikleri yanıtlar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Muayene etmeden ilaç yazılması, çoğu kez hasta talebi olan ilaçların reçetelenmesiyle bire bir ilişkili olup, AOİK'nın bir göstergesidir. AOİK'da ilaçla tedavi sonrasında morbidite ve mortalitede artış olması, maddi kaynakların ölçsüz tüketilmesi, temel ilaçların bile temin edilemez olması ve tedavi maliyetlerinin daha da artması sonucu acil ve temel ilaçlara karşı meydana gelen direnç gibi bireysel ve toplumsal olarak pek çok sorunla karşılaşabilmektedir. İlaçların yan etkilerinin artması, ilaç etkileşimleri, uzamış hastanede yatış süresi ve azalmış hasta uyuncu diğer sorunlardır(Krähenbühl-Melcher, 2007).

AOİK'a ait benzer sonuçlara ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda da rastlanmaktadır. SB'nın yaptığı çalışmada (2010) hekimlerin hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu sorgulandığında AH'lerin %27,1'i ve UH'lerin %43,6'sı hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete etmediğini belirtmiştir. Bu yüzdelik değerlerin geri kalan kısmının “Reçetelerim ya da bazen reçetelerim.” cevaplarını yansıttığı düşünüldüğünde, bu konunun “muayene etmeden ilaç yazma” durumlarındaki hasta baskısını yansıtmaktadır. Doğukan ve ark.'nın(2008) çalışmasında hekimlerin %40,2'sinin hastaları muayene etmeden ilaç yazmadıkları ve %42,5'inin ise sadece kronik hastalıklara ilişkin ilaçları hastaları muayene etmeden yazdıkları bulunmuştur. Aynı çalışmada hekimlerin %10,3'ü ilaçları reçete etmek istemedikleri takdirde tartışma çıktığından “evet, hastaları muayene etmeden ilaç reçete ederim” cevabını vererek, akılcı ilaç tüketimi konusunda hasta eğitiminin de gerekliliğini ve önemini ortaya koymuştur. Özata ve ark.(2008) yaptığı başka bir çalışmada “hastayı muayene etmeden ilaç yazar mısınız?” sorusuna hekimlerin %49,8'i hiçbir zaman cevabını verirlerken, %46,3'ü ise bazen cevabını vermişlerdir. Mollahaliloğlu (2000)

Ankara’da pratisyen hekimlere yönelik yapılmış bir anket çalışmasında, hekimlerin %72,5’inin hastaların özel olarak istediği ilaçları reçetelediği bildirilmiştir. Akıcı (2000)’nin İstanbul’da birinci basamakta yaptığı bir başka çalışmada, hekimlerin %74,2’sinin hastanın özel olarak talep ettiği ilacı yazdığı ya da bazen yazdığı bildirilmiştir. Bu tespitler, yıllar içerisinde ufak farklılıklar olsa da, bu sorunun sürdüğüne işaret etmektedir. Günümüzde hekime baskı ve şiddetin giderek arttığı düşünülürse, AİK eğitimlerini sadece hekimlerle sınırlı bırakılmayıp toplumun her kesimine uygulanması gerektiği düşünülmektedir. Hekimlerin özgürlükleri kısıtlanmadan, kendilerini baskı altında hissetmeden reçeteleme yapabilecekleri ortam oluşturulmalıdır.

Katılımcılara bir reçetede yazdıkları ilaç sayısı sorulduğunda AİK eğitim alan ve almayanlar her ikisi de aynı olarak ortanca 2,0 (minimum 1- maksimum 4) adet ilaç yazdıklarını belirtmişlerdir ($p=0,060$). İstanbul’da pratisyen hekimlere yönelik AİK konusunda eğitim müdahalesinin yapıldığı Akıcı(2000)’nin bir çalışmasında, AİK eğitimi öncesinde hekimlerin reçeteleme performansları incelemiş ve RBDİS(Reçete başına düşen ilaç sayısı)’nin 3,48 olduğu, eğitim sonrasında ise bu değer 2,76’ya gerilediği göstermiştir. RBDİS değerindeki bu iyileşmenin AİK eğitimi sonrası kısa ve orta vadedeki takiplerde eğitim öncesine ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede devam ettiği bildirilmiştir. SB tarafından eczaneler, sağlık çalışanları ve vakalar üzerinden reçeteler değerlendirilerek ülkemizde ilacın reçetelenmesine dair birçok çalışma yapılmıştır. Bu kapsamda otokarbonlu defterler ile yapılan araştırmada Bolu’da yazılan 4536 reçetede ortalama 2,46 kalem; Adıyaman’da 6095 reçetede ortalama 2,34 kalem ilaç yazıldığı; Bayburt’da ise reçete başına 2,68 ve ilaç yazıldığı görülmüştür (Doğukan ve ark. Halk Sağlığı Kongre Kitabı 2004). Hastanın AİK ilkelerine uygun olarak tedavisinin planlanması, reçetesinin yazılması ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi süreci, herhangi bir problemin çözüm süreciyle yakın benzerlik göstermektedir. Bu süreç problemin tanımlanmasını, çözümüne yönelik bir hipotez kurulmasını, bu hipotezin bir deneyle sınanmasını ve sonucun gözlenmesini içermektedir. Reçete edilen ilaç kalem sayısı AİK açısından önemlidir. Gereğinden fazla ilaç reçete edilmesi pek çok istenmeyen etkiye neden olmaktadır. Hasta gereksiz tedavi alırken, ilaçlara karşı direnç geliştirmekte ve etkililik azalabilmektedir. Sonuçta istenmeyen etkiler ortaya çıkmakta, ilaç

bağımlılığı ve suistimali gelişebilmektedir. Ayrıca kaynakların boş yere israf edilmesi sonucu oluşan maliyetler, hem hasta hem de ülke açısından olumsuzluk yaratmaktadır(www.akilciilaç.gov.tr).Diğer yandan yetersiz ilaç reçete edildiğinde de olumsuz sonuçları oluşabilmektedir. Bu durumda tedavi etkili olmayabilmekte ve sonrasında daha agresif ve pahalı bir tedaviye gerek duyulabilmektedir. Etkili olmayan bir tedaviye harcanan zaman, hastanın hekime güvenini sarsabilmekte ve maliyeti dahada artırabilmektedir(www.akilciilaç.gov.tr).

Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlerden tanı ve tedaviye yönelik kendi davranışlarını değerlendirmeleri istendiğinde; yan etki bildirim yapma sıklığının AİK eğitimi alanlarda almayanlara göre istatistiksel olarak daha fazla olduğu, kontrole çağırma ve ilaç dışı tedavi önerme açısından fark olmadığı bulunmuştur. Ülkemizde advers etki bildirim konusunda yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Saygılı ve Özer'in (2015) Kırıkkale'de yaptıkları çalışmada da, hekimlerin büyük çoğunluğu (%64,4'ü) advers etki bildirim yapmadıklarını belirtmişlerdir.

Ülkemizde ilaç kullanımı sırasında meydana gelen advers etki bildirim TÜFAM'a hekimler, eczacılar hatta hastalar tarafından yapılabilmektedir. 22.03.2005 tarihinde yürürlüğe giren "Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik" sonucu 30.06.2005 tarihinde "Beşeri Tıbbi Ürün Ruhsatı Sahipleri için Farmakovijilans Kılavuzu" yayımlanmıştır. Bu gelişmelerle kamu ve özel hastanelerde farmakovijilans işlemlerini yürütmek üzere eczacı ya da hekim görevlendirilerek, advers etki bildirimlerine yönelik takiplerin yapılması sağlanmıştır(Soyalan,2012). AİK'da advers etki bildirim ilaçların yan etkilerinin takibi ve gerekli önlemlerin alınması açısından son derece önemlidir. Bildirim eksikliğinin nedenlerini tespit edilmesi ve bu nedenlere yönelik yapılacak farkındalık eğitimlerinin, bildirimleri artırabileceği düşünülmektedir. Bildirim sistemini güçlendirmek için hekimlere ilaç advers etki bildirimindeki süreçler, kullanılan form ve bu formun kime teslim edileceği gibi konularda bilgi verilmeli ve hastanede bir advers etki bildirim sistemi oluşturulmalıdır(www.akilciilaç.gov.tr). Çalışma sonuçları irdelendiğinde bu konuda hekimlerin, diğer sağlık çalışanlarının hatta hastaların farkındalıklarının artırılması gerektiği düşünülmektedir.

DSÖ ayrıcalıklı durumlar dışında ilaç dışı tedaviyi hemen her hastanın tedavisinde önermektedir. İlaç dışı tedavi yaklaşımında yer alanlar ise; Eğitim programları, hayat tarzı değişiklikleri, beslenmenin düzenlenmesi, kilo kontrolü, eklem koruma, enerji tüketimi, sigara, alkol kullanımının kısıtlanıp en azaidirilmesi gibi önlemler olabilir. Gerek hekimlerin gerek hastaların tedavi sürecinde çoğunlukla sadece ilaç odaklı yaklaşımı AOİK'in en önemli sebepleri arasında sayılabilir. Bu durum aşırı ve gereksiz ilaç kullanımını artırarak, tedavide ilacın beklenen etkinliğinin ortaya çıkmasını güçleştirebilmektedir. Bazı hastalıklarda tek başına ilaçsız tedavide yeterli olabilmektedir. Üstelik ilaçsız tedavinin düşük maliyeti de göz önünde tutulduğunda, AOİK'in etkin ve güvenli olmayan tedavi sorunlarına yol açtığı gibi ciddi ekonomik kayıplara da yol açtığı görülmektedir(www.akilciilaç.gov.tr). Bu nedenle toplum ve hekim bu konuda daha fazla bilgilendirilmelidir. Hekimlerin, hastalarına ilaç dışı tedavi önerme durumları sorgulandığında, SB'nin (2010) çalışmasında, AH'lerinin %50,4'ü, UH'lerin %56,1'i sadece bazı hastalıklar için hastalarına ilaç dışı tedavi önerdiğini belirtmiştir. Hekimlerin bazı mesleki ve genel özelliklerine göre bu soruya verilen yanıtlar karşılaştırıldığında; sadece AH'lerde kadınların hastalarına daha yüksek oranda ilaç dışı tedavi önerdikleri görüldü (p<0,05). Doğukan(2008)'nin Ankara'da birinci basamakta yapılmış bir çalışmada, hekimlerin %74,3'ünün hastalarına ilaç dışı tedavi önerdiği bildirilmiştir. Akıcı(2000)'nin İstanbul'da pratisyen hekimlere yönelik AİK konusunda kısa süreli eğitim müdahalesinin yapıldığı bir çalışmasında, AİK eğitimi öncesi hekimlerin %75'inin "hastasını ilaç dışı tedavi konusunda bilgilendirdiğini" ifade ettiği, eğitimden sonra ise bu oranın %91,7'ye çıktığı bildirilmiştir. Hemen her hastaya ilaç dışı tedavi önermeleri beklenirken, literatüre yansımış diğer çalışmalarda ve bu çalışmada hekimlerin ilaç dışı tedavi önerme konusundaki yaklaşımları, beklentilerin oldukça gerisindedir. Bu konuda umut vaad eden durum AİK eğitimlerinin fark yaratarak bilinç düzeyini artırmış olmasıdır. Bu da Türkiye'de hekimlerin hastalarına ilaç dışı tedaviyi gereği gibi önermeleri konusunda AİK eğitimine duyulan gereksinimi işaret etmektedir.

5.2. Tıp Fakültesi Dönem 6 Öğrencilerinin Sosyodemografik Özellikleri:

Çalışmada dönem 6 öğrencilerinin üçte ikisinin kadın ve yaş ortalamasının 23,8±1,4 yıl olduğu bulunmuştur(Tablo-1). Öğrencilerin tamamı eğitim

müfredatları içerisinde AİK eğitimi almakta olup, öğrencilerin dörtte üçü aldıkları bu eğitimi faydalı bulduklarını ve üçte ikisi reçete yazarken bu bilgileri kullandıklarını ifade etmişlerdir. OMUTF'ndeki akılcı ilaç eğitimi ilk olarak 2010 yılında başlamıştır. Dönem 4 öğrencileri yıl içinde 4 TASK grubuna ayrılmakta olup, 2010 ve 2012 yılları arasında endokrin-ürogenital TASK'ı öncesinde bir program olarak uygulanmış ve tüm öğrenciler bu programı almaya başlamıştır. 2012 yılından sonra dördüncü sınıf eğitim ve öğretim yılı başında ayrı bir rasyonel farmakoterapi taskı oluşturulmuş, AİK'nın temel prensipleri bir haftalık eğitim sürecinde bu TASK'ta verilmeye başlanmıştır. Yeni programının ilk gününde program genel hatlarıyla tarif edilerek, öğrencilere beş farklı endikasyon için reçete yazma öğretilmektedir. Daha sonra "Reçete Yazmanın Prensipleri" ve "Kanıt Dayalı Tıp" konulu iki sunuma katılan öğrenciler, son olarak vaka tartışması yapmaktadırlar. Programın en sonunda öğrencilere OSCE sınavı yapılarak öğrenme düzeyleri değerlendirilmektedir. Ayrıca daha sonraki dört ana TASK grubunun içinde de TASK'ın ana temasına uygun AİK eğitimleri devam etmektedir. Program 4, 5 ve 6. sınıflara yaygınlaştırılarak halen uygulanmaya devam edilmektedir(Bilge SS, Indian J Pharmacol 2017; 49: 102-9).

Ülkemizde tıp fakültelerinin dörtte üçünde DSÖ tarafından hazırlanmış olan AİK programı, fakültelerin kendi müfredatlarının elverdiği ölçüde uyumlandırılarak uygulanmaktadır. Yayımlanan sonuçlar, yapılan bu eğitimin öğrencilerin reçete yazma bilgi ve becerilerinin gelişimini önemli ölçüde artırdığı yönündedir(DSÖ,2011). Bu konuda DSÖ İyi Reçete Yazma Kılavuzu esas alınmaktadır(Akıcı, 2011).

AİK eğitimi veren başka bir tıp fakültesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %79,7'u AİK'inin yararlı, tamamı meslekleri ile ilişkili bulurken, %95,4'ü ise kursta edindikleri AİK bilgi ve becerilerini meslek yaşamında kullanabileceklerini belirtmişlerdir(Hocaoğlu,2011). Her iki çalışmada da araştırma konusu olan dönem 6 öğrencileri henüz kendi sorumlulukları dahilinde ilaç reçetelemeye başlamamış olsalar da, ilerideki hekimlik hayatlarına AİK eğitimin olumlu yansıtacağı düşünülmektedir.

Aynı çalışmada Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde daha önceki yıllarda AİK'na ilişkin bir eğitim almamış olan dördüncü sınıf öğrencilerininin AİK

becerilerini değerlendirmek için DSÖ tarafından önerilen DSÖ/Groningen Modeli ile uyumlandırılmış eğitim modeli Nesnel Örgün Klinik Sınav (NÖKS) uygulanmış ve öğrencilerden kurs sonunda geri bildirim alınmıştır. NÖKS’ında problem çözme adımları olan; problemi tanımlama, tedavi amaçlarını belirleme, ilaç dışı tedavinin belirlenmesi, kişisel ilaç (K-ilaç) seçimi ve tedavi seçeneklerinin belirlenmesi, K-ilacın hasta için uygunluğunun değerlendirilmesi, reçete, hastanın bilgilendirilmesi adımları öğrencilerin uygun tamamlayıp tamamlamadığı değerlendirilmektedir. Kurs öncesi elde edilen NÖKS puan ortalamasının, kurs sonrası yapılan NÖKS puan ortalamasına göre AİK’nın tüm basamaklarında istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu bulunmuştur (Hocaoğlu, 2011)

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakóltesi 6. sınıf öğrencilerine verilen AİK eğitimin sonunda yapılan OSCE puanının, ortalama 33.7’den 72.1’ye yükseldiği(Yarış, 2007), Gazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi 5. sınıf öğrencilerine verilen eğitimin sonunda da OSCE puanının ortalama 18.6’dan 65.3’e yükseldiği, reçete puanının ortalama 50,8’den 94.0’e yükseldiği bildirilmiştir(Uluoęlu, 2007). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakóltesi 5.sınıf öğrencilerinin ise eğitim sonrası OSCE puanı ortalama 24.4’ten 90.5’e yükselmiştir (Ulusoy, 2015). PDÖ ile AİK eğitimlerindeki reçeteleri ayrıntılı olarak inceleyen çalışmalarda reçete puanlarında da önemli artışlar tespit edilmiştir. Marmara Üniversitesi Tıp Fakóltesi 4. sınıf öğrencilerinin 3 staj grubunda eğitimin başında ortalama reçete puanları 25.3, 42.2 ve 54.4 iken; eğitim sonunda bu değerler sırasıyla 95.7, 95.7 ve 97.4 olarak bulunmuştur (Akıcı, 2005). Benzer şekilde İstanbulda pratisyen hekimlere verilen eğitimin sonunda da reçete puanı ortalama 30.91’den 77.44’ e yükseldiği bildirilmiştir (Akıcı, 2003).

Yapılan çalışmalarda reçeteleme hatalarının yaklaşık %90’ının tıp fakóltesinden yeni mezun olmuş genç hekimler tarafından yapıldığı belirtilmektedir. Dean ve ark. (2002)’nin İngiltere’de 25 tıp fakóltesinden 2413 öğrenci ve yeni mezunun katılımı ile yaptıkları bir anket çalışmasının sonuçlarına göre; reçeteleme hatalarının %43’ünün yanlış ve ihlal, %57’sinin ise ihmalden kaynaklandığını rapor etmişlerdir. Aynı çalışmada ankete katılanların %74’ü etkili ve güvenli ilaç kullanımı için verilen tıp eğitiminin yeterli olmadığını, %56’sı bilgi ve beceriyi ölçme-değerlendirmelerinin yetersiz olduğunu bildirmiştir. Bu

verilere dayanarak araştırmacılar, İngiltere’de tıp eğitiminin acilen gözden geçirilmesi gerektiği sonucuna varmışlardır. Tıp fakóltesi öğrencileri ve yeni mezun hekimlerin, reçete yazmayı, mesleklerinin en az hazırlandıkları ve en zorlandıkları yönü olarak gördükleri saptanmıştır. Tıp fakóltesi öğrencilerinin ve genç hekimlerin AİK eğitimleri üzerine odaklanmanın iki temel nedeni bulunmaktadır. Bunlardan ilki, genç hekimlerin hastanelerdeki reçetelerin çoğunu yazmaları, ikincisi ise bu dönemde yapılan eğitim müdahalesinin, kariyerin ileri döneminde yapılan eğitimlere nazaran daha etkin ve verimli olmasıdır (Ross S, Bond C,2009). Dolayısıyla genç hekimlerin eğitiminde hedef grup olarak ele alınarak AİK eğitimi verilmesinin, hastaların güvenliğinde artış sağlayacağı düşünülmektedir. Aslında hatalı reçete yazma oranının bu kadar yüksek olması şaşırtıcı değildir. Çünkü reçete yazmak zor bir beceri olmakla beraber, yeni mezun doktorlardan göreve başlar başlamaz reçete yazmaları beklenmektedir. (Likic R, Maxwell SR.2009).

Çalışmaya katılan dönem 6 öğrencilerinin AİK konusunda kendi bilgi düzeylerini değerlendirmeleri istendiğinde; endikasyon, günlük doz ve uygulama şeklinde AİK eğitimini faydalı bulmayanlar bulanlara göre kendi bilgi düzeylerini daha fazla oranda “çok kötü” olarak nitelendirirken, ilaç etkileşimi ve biyoeşdeğerlik konusundaki bilgi düzeylerini AİK eğitimini faydalı bulanlar bulmayanlara göre daha fazla oranda “iyi” olarak nitelemiştir. Kontrendikasyon, yan etkiler, etki mekanizması, uyarı ve önlemlerle özel durumlar alt başlıklarında AİK faydalı bulan ve bulmayanlar arasında fark bulunmamıştır. Bu sonuçlara bakarak AİK eğitimini faydalı bulan öğrencilerin, AİK konusunda kendilerini daha yetkin hissettikleri söylenebilir.

Dönem 6 öğrencilerine reçete yazarken kullandıkları kriterlerin önem derecesi sorulduğunda, ilacın etkililik ve maliyetini dikkate alma açısından AİK eğitimi faydalı bulan ve bulmayanların verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunurken, uygunluk ve güvenilirlik açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Bu durum her iki grubunda AİK eğitiminden fayda görmüş olduğunu ancak kendilerini objektif olarak değerlendirememiş olabileceklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Dönem 6 öğrencilerine, reçeteleme sırasında en sık başvurdukları kaynaklar sorulduğunda, AİK eğitimini faydalı bulanlar ve bulmayanların

literatürle uyumlu olarak en sık başvuru kaynağının internet olduğu bulunmuştur. Dünyanın pek çok ülkesinde kanıta dayalı tıp uygulamaları çerçevesinde tanı ve tedaviye yönelik rehberlerin hekimlerin başvuru kaynağı olduğu bilinmesine ve bu konunun AİK eğitiminde anlatılmasına rağmen halen bu sonuçların çıkması düşündürücü olup, AİK eğitimlerinde UTTR'lerinin önemi ve kullanımından daha ayrıntılı bahsedilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Dönem 6 öğrencilerinden ilaç reçetelemeden önce hastalarının anamnez bilgilerini hangi sıklıkla sorguladıklarını değerlendirmeleri ve hastalara reçetede yazılan ilaçlar hakkında verdikleri bilgileri değerlendirmeleri istendiğinde, AİK eğitimini faydalı bulan ve bulmayan grup arasında fark bulunmamıştır. Her iki grubun da henüz tüm bilgilerini kullanacak kadar reçeteleme şansına ulaşamadıklarından, yeterli değerlendirme yapamamış olabilecekleri düşünülmektedir.

Reçeteledikleri ilaçlar hakkında verdikleri bilgileri değerlendirmeleri istendiğinde, verilen bilgiler açısından AİK eğitimi faydalı bulan ve bulmayan öğrencilerin arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak verdikleri bilgileri yeterli görüp görmedikleri sorulduğunda; “Yeterli anlatıyorum, çünkü hasta ilacını nasıl kullanacağını tam olarak anlamalıdır.” önermesini doğru bulanların tamamının AİK eğitimi faydalı bulan öğrenciler olmasının, AİK eğitimin olumlu etkilerini yansıtması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Ancak diğer yandan “Eczanede tekrar anlatılacağı için yeterli anlatmıyorum.” önermesini doğru bulanların da en fazla oranda AİK eğitimini faydalı bulanlar olması, AİK eğitiminde bazı eksiklikler yaşandığını ve öğrencilerin tutumlarına yönelik değişiklik yaratmakta eğitimin eksik kaldığını göstermektedir. AİK eğitimi ilaçların seçimi hakkındaki bilgi düzeyini artırmakla beraber, hasta ile iletişimin geliştirilmesinde de önemli bir yer tutmaktadır. Hastaların en doğal hakkı olan bilgi hekim tarafından verilmeli ve bu durum öğrencilerde tutum şeklinde oluşturulmalıdır.

5.3. Araştırma Görevlisi Hekimler ve Tıp Fakültesi Dönem 6 Öğrencilerinin AİK Uygulamaları Açısından Karşılaştırılması:

AİK eğitimi alan araştırma görevlileri ve dönem 6 öğrencilerinin, AİK konusundaki kendi bilgi düzeylerini değerlendirme durumları karşılaştırıldığında alt başlıkların tamamında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Endikasyonlar, günlük doz ve uygulama şekli, kontrendikasyonlar, yan etkiler, ilaç etkileşimleri, etki mekanizması ve özel durumlar hakkındaki bilgi düzeylerini AİK eğitimi alan araştırma görevlileri dönem 6 öğrencilerine göre daha fazla oranda kendilerini çok iyi ve iyi olarak nitelendirirken, ilaç etkileşimleri, biyoeşdeğerlik, uyarılar ve önlemler alt başlıklarında dönem 6 öğrencileri kendilerini kötü ve/veya çok kötü olarak değerlendirmişlerdir. Her iki grubun da AİK eğitimi aldığı düşünülürse aralarındaki farkın; araştırma görevlilerinin aldıkları eğitimi uygulayarak yılların birikimi ile tecrübe haline getirmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

AİK eğitimi alan araştırma görevlileri ve dönem 6 öğrencilerinin reçeteleme sırasında göz önüne aldıkları kriterlerin önem derecesinin dağılımına göre irdelendiğinde; etkililik, güvenilirlik ve uygunluk kriterlerini her zaman sorma oranı AİK eğitimi alanlarda fazla iken, sıklıkla, bazen ve hiçbir zaman sorma eğilimi dönem 6 öğrencilerinde daha fazlaydı. Maliyet kriterinde ise hiçbir zaman göz önüne almama oranı AİK eğitimi alan araştırma görevlilerinde daha fazlaydı. İleride mesleğe atıldıklarında dönem 6 öğrencilerinin de reçete yazma pratiği arttıkça, AİK eğitimi almış araştırma görevlileri kadar bu kriterleri dikkate alacakları düşünülmektedir.

Katılımcılara reçeteleme sırasında en sık başvurdukları kaynaklar sorulduğunda; İlaç firmalarının araştırma ve tanıtım programları dışındaki tüm kaynaklara başvuru açısından iki grup arasında fark bulunmuştur. İnternet, tanı tedavi rehberi, farmakoloji kitaplarına en sık başvuranlar dönem 6 öğrencileri iken, vademekum, ilaç yazılım programları, meslektaşına danışma ve TİK'e fazla başvuranların AİK eğitimi alan asistanlar olduğu bulunmuştur. AİK eğitimini destekleyen tanı tedavi rehberleri kullanımının öğrencilerde oranının fazla olması henüz eğitimin teorik kısmını yeni görmüş olmalarından kaynaklanıyor iken, meslektaşına daha fazla danışan araştırma görevlileri eğitimin pratiğe döküldüğünde koşullar gereği, daha kısa sürede daha fazla hastaya yetişmek adına uygulanamayışından kaynaklanıyor olabilir.

Katılımcıların reçeteleme öncesinde sorguladıkları anamnez bilgileri irdelendiğinde; bitkisel ürün kullanımı, kullanılan diğer ilaçlar, ilaç alerjisi, karaciğer ve böbrek hastalığı, gebelik alt başlıklarında dönem 6 öğrencilerinin AİK eğitimi alan araştırma görevlilerine göre bilgileri daha fazla sorguladıkları

bulunmuştur. Bu durumun öğrencilerin eğitimde ideal olan hasta hekim görüşme süresine göre anamnez almasına, işin pratiğini yaşıyor olan araştırma görevlilerinin ise daha kısa sürede hasta muayenesini tamamlama zorunluluğundan kaynaklandığı düşünülmektedir.

Katılımcılara hastalarına reçetede yazdıkları ilaçlar hakkında hangi bilgileri verdikleri sorulduğunda, ilacın adı, uygulama şekli ve olası yan etkileri konusunda dönem 6 öğrencilerinin araştırma görevlilerine göre daha sıklıkla bilgi verdiği; ilaç alerjisi, günlük doz, tedavi süresi ve ilacın etkisi konularında iki grup arasında bilgilendirme açısından fark olmadığı bulunmuştur. Öğrenciler daha idealist olarak hastayla iletişim konusuna daha fazla önem vermiş olabilirken, koşullar ve tükenmişlik gereği araştırma görevlileri ellerindeki kısa süreyi daha etkin kullanmak adına bazı bilgilendirmeleri yapamamış olabilirler.

Hastalarına reçeteledikleri ilaçlar hakkında verdikleri bilgilerin yeterliliğini değerlendirmeleri istendiğinde, hiçbir alt başlıkta araştırma görevlileri ve dönem 6 öğrencilerinin verdiği yanıtlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Ancak AİK konusunda eğitim almış kişiler olarak, her iki grupta da katılımcıların yaklaşık yarısının vakit olmadığı gerekçesi ile ilaçlar hakkında yeterince bilgi vermediğini ifade etmesi düşündürücüdür.

Tıp fakültesi eğitiminde reçete yazmaya yönelik olarak öneriler yayımlanmış olmasına rağmen, güvenli ve uygun reçete yazabilmek için gerekli olan beceriler konusunda planlanan eğitim programlarında eksiklikler sorun oluşturmaktadır. Eğitimde nasıl önlemler alınabileceği kararı için öncelikle eğitim ile reçete yazma becerisinin ne derece iyileştirilebildiğinin kanıtlarına ulaşılabilmesi gerekmektedir. Aslında tek başına eğitim ile reçete yazım hatalarının ne oranda azaltılabildiğini saptamak oldukça zordur. Bununla birlikte çoğu, eğitimden kısa süre sonra yapılan ve kontrollü ortamda ölçme-değerlendirme ile ulaşılmış sonuçlar olsa da eğitimin reçete yazma performansını iyileştirdiğine dair kanıtlar vardır. (Sılan C. Donem IV ve V öğrencilerine uygulanan akılcı ilaç seçimi ve kullanımı eğitimine ilişkin 6 yıllık sonuçlar. 21. Ulusal Farmakoloji Kongresi. Kongre Kitabı 2011: 378) . Kısa süreli farmakoterapi eğitiminin tıp fakültesi öğrencileri üzerine etkisinin araştırıldığı uluslararası randomize kontrollü başka bir çalışmada, Groningen (Hollanda), Katmandu (Nepal), Lagos (Nijerya), New Castle (Avustralya), Yeni Delhi

(Hindistan), San Fransisco (ABD), Yogyakarta (Japonya)'da 219 tıp fakültesi öğrencisi üzerinde yapılan müdahale araştırmasında, müdahale grubundaki öğrencilerin daha başarılı olduğu görülmüş (De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Bapna JS, Bero L, Kafle KK, Mabadeje AFB, Santoso B, Smith AJ. Impact of a short course in pharmacotherapy for undergraduate medical students. Lancet 1995; 346: 1454-7)

DSÖ, AİK'nı desteklemek için şu temel 12 anahtar maddeyi savunmaktadır:

1. İlaç kullanımı politikasının belirlenmesi ve koordinasyonu için çok disiplinli ulusal bir kurumun oluşturulması,
2. Klinik kılavuzların kullanımı,
3. Ulusal temel ilaç listesinin geliştirilmesi ve kullanılması,
4. Hastane ve bölgesel ilaç ve terapötik komitelerin kurulması,
5. Tıp Fakülteleri öğretim programlarına, probleme dayalı farmakoterapi öğretiminin dahil edilmesi,
6. Hizmet içi tıp eğitiminin devam etmesi,
7. Gözetim (supervision), teftiş (audit) ve geri bildirim (feedback),
8. İlaç tedavisinde bağımsız bilginin kullanılması,
9. İlaç tedavisi ile ilgili olarak halkın eğitimi,
10. Etik olmayan mali teşviklerin önlenmesi,
11. Uygun ve zorunlu düzenlemelerin kullanılması,
12. Hükümet harcamalarının, ilaç tedavisi ve tedaviyi uygulayacak kadronun varlığı için yeterli düzeyde olması.(DSÖ, 2011)

5.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları

1. Araştırmada evrendeki tüm bireylere ulaşılmasına rağmen, sadece OMUTF'deki araştırma görevlisi hekimleri ve dönem 6 öğrencilerini temsil etmektedir.
2. Çalışmada araştırma görevlisi hekimlerin ve dönem 6 öğrencilerinin ankete verdikleri yanıtların doğru olduğu kabul edilmiştir. Dolayısıyla bu yanıtların bazı/bazıları hekimlerin tutumlarını doğrudan yansıtmamış olabilir.
3. Araştırma görevlisi hekimlerin verdiği yanıtlar, sadece AİK eğitimi alma durumlarına yönelik kıyaslanma çerçevesinde ele alınmıştır. Dolayısıyla

araştırma görevlisi hekimlerin her bir uzmanlık alanı gibi bazı başka özellikleri çerçevesinde daha ayrıntılı analizlere gidilmemiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda,

I. ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN;

- Araştırma görevlisi hekimlerin 14(%6,9)'u hasta muayenesi başına DSÖ'nün önerisi olan 20 dakikadan fazla zaman ayırabildiği,
- Araştırma görevlisi hekimlerin yaklaşık yarısının öğrencilik döneminde AİK eğitimi aldığı,
- İlaçlarla ilgili bilgi düzeyleri sorgulandığında, AİK eğitimi almayan katılımcılar arasında bilgilerini yeterli gören hekim oranı oldukça düşük olduğu,
- Hekimlerin reçete yazımını şekillendiren en önemli faktörden etkililik ve güvenilirlik kriterini, daha çok AİK alanların göz önünde bulundurduğu,
- Reçete yazımında bir sorunla karşılaşıldığında ilk başvuru kaynağının, tüm katılımcılarda internet olduğu ve bilimsel yayınlar alt sıralarda yer aldığı,
- Reçete yazmadan önce hasta anamnezinde daha önce kullandığı ilaçları sorgulama açısından bakıldığında, AİK eğitimi almayanların bu durumu nadiren sorguladıkları, diğer durumları AİK eğitimi alanların daha fazla oranda “her zaman” ve “sıklıkla” sorguladıkları,
- AİK eğitimi alanların hastalarına verdiği ilaç bilgisini yeterli görme oranının fazla olduğu,
- Araştırma görevlisi hekimlerin hastalarına reçeteledikleri ilaçlar hakkında verdikleri bilgiler konusundaki öz değerlendirmeleri irdelendiğinde, her ilacın hastalara yeterli anlatılmadığı, kullanımı özen isteyen ilaçları AİK eğitimi alanların daha fazla anlattığı ve eczanede anlatılacağı için AİK eğitimi almayanların daha fazla oranda ilaçları hastalara anlatmadığı,

- Yan etki bildirimini yapma durumunun AİK eğitimi alan araştırma görevlisi hekimlerde daha fazla olduğu bulunmuştur.

II. DÖNEM 6 ÖĞRENCİLERİNİN;

- Endikasyon, günlük doz ve uygulama şekli konusundaki bilgi düzeylerini AİK eğitimini faydalı bulmayan öğrenciler faydalı bulanlara göre daha fazla oranda “çok kötü” olarak ifade ettiği,
- İlaç etkileşimi ve biyoeşdeğerlik konusundaki bilgi düzeylerini eğitimi faydalı bulanların daha yüksek oranda “iyi” ve “orta” olarak ifade ettiği,
- İlacın etkililik ve maliyeti dikkate alma açısından AİK eğitimi faydalı bulan ve bulmayanların verdikleri yanıtlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu,
- Reçete yazımında bir sorunla karşılaşıldığında ilk başvuru kaynağının, tüm katılımcılarda internet olduğu ve bilimsel yayınlar alt sıralarda yer aldığı,
- “Yeterli anlatıyorum, çünkü hasta ilacını nasıl kullanacağını tam olarak anlamalıdır.” önermesini AİK eğitimi faydalı bulan öğrencilerin daha fazla sayıda doğru bulduğu,
- “Eczanede tekrar anlatılacağı için yeterli anlatmıyorum.” önermesini AİK eğitimini faydalı bulmayan öğrencilerin doğru bulduğu

III. ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ HEKİMLER VE TIP FAKÜLTESİ DÖNEM 6 ÖĞRENCİLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI;

- Kendi bilgi düzeylerini “çok iyi” ve “iyi” olarak nitelendirenlerin AİK eğitimi alan araştırma görevlileri daha fazla, “kötü” ve “çok kötü” olarak nitelendirenlerin ise dönem 6 öğrencileri arasında daha fazla olduğu,
- Reçetelemede göz önüne alınan kriterlerin alt başlıkların tamamında, “çok iyi” ve “iyi” olarak nitelendirenlerin AİK eğitimi alan araştırma görevlileri, “kötü” ve “çok kötü” olarak değerlendirenlerin ise dönem 6 öğrencileri olduğu,

- Meslektaşına danışmanın en fazla AİK eğitimi alan araştırma görevliler arasında, tanı ve tedavi rehberlerine başvurunun en sık dönem 6 öğrencileri arasında olduğu,
- Dönem 6 öğrencilerinin ilaç reçetelemeden önce hasta anamnezinde pek çok bilgiyi her zaman sorguladıkları,
- İki grup arasında ilacın adı, uygulama şekli ve ilacın olası yan etkileri konusunda istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu bulunmuştur.

ÖNERİLER

- Mezuniyet öncesi tıp fakültelerinde örgün eğitim programlarına AİK eğitimi entegre edilmeli ve mezuniyet sonrası belirli aralıklarla tekrarlanmalıdır.
- Tıp fakültesi öğrencilerine eğitimleri esnasında Türkiye'deki reçeteleme uygulamaları ve ilaç mevzuatı hakkında bilgi verilmeli, öğrenciler ilaç-ilaç etkileşimi, polifarmasi ve ilaç yan etkilerinin izlenmesi konusunda özellikle bilgilendirilmelidir.
- Reçete yazıp, tedaviye başlama sürecinde başarılı olabilmek için; anamnez bilgisi anahtar rol oynamaktadır. Özellikle AİK sürecinde uygun ve yeterli anamnez bilgisi almanın önemi hekimlere vurgulanmalıdır. Hekimlerin bir kısmının verdiği ilaç bilgisini yeterli görmemesi, bu konunun nedenlerine yönelik daha kapsamlı çalışmaların yapılması gereğini ortaya koymaktadır.
- Reçete yazımını şekillendiren faktörler içerisinde farmakoloji dersleri ve klinik stajlarda görülen reçetelerin alt sıralarda yer alması; tıp fakültelerinde temel eğitimin bir parçası olan genel farmakoloji dersleri içerisine AİK'na yönelik klinik farmakoloji konularına yer verilmesi ve bu eğitimlerin klinik stajlar ile uyum içinde yürütülmesi gereğini ortaya koymaktadır.
- Hekimlere ilaç yan etkisi bildirim ile ilgili hizmet içi eğitimler verilmeli, bildirim eksikliğinin nedenlerini tespit edilmesine yönelik çalışmalar planlanmalı ve bu nedenlere yönelik farkındalık eğitimleri yapılmalıdır.
- Yan etki bildirim sistemini güçlendirmek için hekimlere ilaç advers etki bildirimindeki süreçler, kullanılan form ve bu formun kime teslim edileceği

gibi konularda bilgi verilmeli ve hastanede bir advers etki bildirim sistemi oluşturulmalıdır.

- İlaç kullanımını ve ilaçların istenmeyen etkilerinin düzenli olarak izlenmesi ve geri bildirim yapılabilmesi amacıyla ilaç kullanım veri tabanları oluşturulmalıdır.
- Hekimlerin reçeteleme davranışları izlenerek ve belirli sürelerde geri bildirimler verilmeli, uygunsuz reçeteleme konusunda bilgilendirilmelidir. Ayrıca reçeteleme davranışlarında hekimlerinde görüşleri alınmalı ve karar mekanizmasına katılmaları sağlanmalıdır.
- Hekimlerin önemsenecek derecede fazla kısmının, hasta isteği ile ilaç yazdıklarını belirtmeleri reçeteleme ve tedavi sürecinde kontrolün hekimde değil de hastada olduğunu göstermektedir. Bu durum yan etkiler ile sonuçlanabileceği daha ciddi durumlara, hatta ölüme neden olabilir. Bu uygulama için gerekli önlem alınmalı ve yaptırımlar uygulanmalıdır.
- Hastaların özellikle istenmeyen ilaç etkileşiminden korunabilmesi için reçetesiz ilaç kullanımının önüne geçilerek, insanların bu konuda bilgilendirilmeleri başta hekim olmak üzere ilgili tüm sağlık personelinin üzerine düşen görevleri yerine getirmesi, bu problemin çözümlenmesinde faydalı olabilir.
- Çalışma sonuçları mezuniyet öncesi ve sonrasında, ilaçlarla ilgili objektif bilgiye ulaşma adına önemli bir hizmet açığının olduğunu göstermektedir. Bu yüzden Sağlık Bakanlığı ve üniversitelerin işbirliği halinde olup, AİK konusunda kanıta dayalı kaynakların sayısının artırılması ve güncellemelerinin yapılması gerekmektedir
- DSÖ tarafından AİK ile ilgili, hekimlerin mezuniyet sonrası eğitimleri ve bilgilerinin güncellenmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından “Temel Hastalıklar Tanı ve Tedavi Rehberleri” ve “İlaç Rehberleri” hazırlanarak tüm hekimlere bu kanıta dayalı kaynaklar ücretsiz ulaştırılmalıdır.
- Mevcut tanı ve tedavi rehberlerinin sahada hekimlerce kullanım sıklıklarını tespit etme amaçlı araştırmalar planlanmalıdır. Ayrıca rehberlerin kullanımlarını teşvik edici çalışmalar planlanmalı ve uygulanmalıdır.

- AİK eğitiminin tüm basamaklarının hekimlerce uygulayabilmesi için, hasta başına ayrılan sürelerin artırılmasına olanak sağlayacak sağlık sistemi desteklenmelidir.



7.KAYNAKLAR

Abacıoğlu, N. “Akılcı (Rasyonel) İlaç Kullanımı”, Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi, 2005, Cilt 5, Sayı 4.

Açıkel CH. Akılcı İlaç Kullanımı. TAF Prev Med Bull. 2003; 1: 5-6

Akıcı A, Gelal A, Erenmemişoğlu A, Melli M, Babaoğlu M, Oktay Ş. Akılcı ilaç kullanımı eğitimi uygulama sürecinde Türkiye’deki tıp fakültelerinde farmakoloji anabilimdallarının durumunun incelenmesi. Tıp Eğitimi Dünyası 2011; 29: 11-20.

Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu MÜ, Karaalp A, Çali Ş, Oktay Ş. Impact of a short postgraduate course in rational pharmacotherapy for general practitioners. Br J Clinic Pharmacology 2003;57:310-21

Akıcı A, Uğurlu MÜ, Gönül N. Pratisyen hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. SürekliTıp Eğitimi Dergisi 2002; 11: 253-256

Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştayı Sonuç Raporu T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü 2006

Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Dünyada ve Ülkemizde Durum, <http://www.akilciilac.gov.tr/content.php?Id=23>, Erişim: 29 Kasım 2016

Akıcı A, Gören MZ, Aypak C et al. Prescription audit adjunct to rational pharmacotherapy education improves prescribing skills of medical students. European Journal of Clinical Pharmacology 2005; 61: 643–650.

Akkurt B.(2016) Araştırma Görevlilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara

Aktay G, Hancı HY, Balseven A. İlaç etkileşimleri ve hekim sorumluluğu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2003;12: 261- 4

Alem, K., Mishra, P., Prabhu, M., Shankar, PR., Palaian, S., Bhandari, RB., Bista, D.,(2006) A Study on rational drug prescribing and dispensing in outpatients in a tertiary care teaching hospital of Western Nepal, Katmandu University Medical Journal, Vol.4, No. 4, Issue 16, 436-443

Alper İskit. Akılcı İlaç Kullanımı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2006; 15(7).

Ambwani S and Mathur AK. Rational Drug Use. Health administrator. 2007;19(1): 5-7.

ATO(2006).İlaçta İstisna Raporu.2006;http://www.atonet.org.tr/turkce/bulten/bulten.php3?sira=4

Bilge S S, Akyüz B, Ağrı AE, Özlem M. Rational drug therapy education in clinical phase carried out by task-based learning. Indian J Pharmacol 2017;49:102-9

Conrad P, Kern R. The sociology of health and illness critical perspectives. 4. ed, Newyork: St. Martin's Pres, 1994: 245

Çalikoğlu O. Erzurum İl Merkezinde Çalışan Pratisyen Hekimler İle 20 Yaş ve Üzeri Kişilerin Akılcı İlaç Kullanım Boyutları ve Etkileyen Faktörler tıpta uzmanlık tezi(2006)

Çelik S. Jenerik ve Özgün İlaç: Biyoyararlanım Çalışmaları ve Biyoeşdeğerlilik dallarının durumunun incelenmesi. Tıp Eğitimi Dünyası 2011; 29: 11-20.

De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Bapna JS, Bero L, Kafle KK, Mabadeje AFB, Santoso B, Smith AJ. Impact of a short course in pharmacotherapy for undergraduate medical students. Lancet 1995; 346: 1454-7)

De Vries TPGM: Guide in Good Prescribing. Action programme on essential drugs. Geneva, WHO. 1994.

Dean B, Schachter M, Vincent C, Barber N. Causes of prescribing errors in hospital inpatients: case teaching hospital of Western Nepal, Katmandu University Medical Journal, Vol.Cilt 5, Sayı 4. (2006) A Study on rational drug prescribing and dispensing in outpatients

Demirkıran M, Şahin B. Pratisyen hekimlerin ilaç seçimlerini etkileyen faktörlere ilişkin değerlendirmeleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2010; 13: 1-28.

Devlet Planlama Teşkilatı. VIII. 5 Yıllık Kalkınma Planı İlaç Sanayi Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara: 2001.

Doğukan M.N. (2008) Ankara ili Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

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

Doherty, J., Sato, K., “Practical aspects of designing and conducting pharmaco-economic studies in Japan”, *Pharmacoeconomics*, 21(13), 913-925, (2003).

DPT VIII. 5 Yıllık Kalkınma Planı İlaç sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu 1998.

Eğiticilere Yönelik Reçete Yazma Rehberi, 2003

Esat Eşkazan. Akılcı ilaç kullanımı. Akılcı İlaç kullanımını Sempozyumu İstanbul 1999; s.920

Eşkazan E. Akılcı İlaç Kullanımı. STE [düzenli elektronik dergi] 1999-Ocak [18 Ağustos 2008];

Fasehun, F., “The antibacterial paradox: essential drugs, effectiveness, and cost”, *Bulletin of the World Health Organization*, 77(3), 211-216, (1999).

Gafni, A., Birch, S., “NICE methodological guidelines and decision making in the National Health Service in England and Wales”, *Pharmacoeconomics*, 21(3), 149-157, (2003).

Gençoğlu A. Uzaktan eğitim yöntemi ile akılcı ilaç kullanımını eğitimi. 21. Ulusal Farmakoloji Kongresi, Eskişehir, 2011: 24

Goodman&Gilman Clinical Pharmacology Textbook 2012

Grumbach K. Managing Primary Care in United States and in the United Kingdom. The New England Journal of Medicine 1993.

Guney Z, Uluoglu C, Yucel B, Coskun O. The impact of rational pharmacotherapy training reinforced via prescription audit on the prescribing skills of fifth-year medical students. International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics 2009; 47: 671-678.

Health Service in England and Wales”, Pharmacoconomics, 21(3), 149-157, (2003).

Hjelmgren, J., Berggren, F., Andersson, F., “Health Economic Guidelines-Similarities, Differences and Some Implications”, Value In Health, 4(3), 225-250, (2001).

Hocaoğlu N, Güven H, Gidener S ve ark. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi dördüncü sınıf öğrencilerinin akılcı ilaç kullanım becerileri üzerine akılcı ilaç kullanım kursunun kısa dönem etkileri. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2011; 25: 15-24.

<http://gunet.gazi.edu.tr/acikarsiv/index.php?menu=2&secim=10&YayinBIK=2380#> (2008), Erişim Tarihi: 20 Aralık 2012

http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/duyurular_2011/2011/2013/igrehberi.pdf Erişim Tarihi: 25 Eylül 2016

<http://www.sagliktanabiz.com/haberler/akilci-ilac-kullanimi.html> (Erisim tarihi 13.03.2016

IMS Health Data, 2006.

International Network for Rational Use of Drugs (INRUD); Indian Journal of Pharmacology 2003; 35: 125-126.).

Sağlık bakanlığı akılcı ilaç kullanımı <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7771/akilci-ilac-kullanimi.html>. 8.

Kalyoncu Nİ, Yarış E. Akılcı İlaç Kullanımında Hekim Sorumluluğu. Toplum ve Hekim 2004

Kayaalp SO. Akılcı Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, Editör: SO Kayaalp, 13. Baskı, Pelikan Yayıncılık, 2012

Krähenbühl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krähenbühl S. “Drug-Related Problems in Hospitals: A Review of the Recent Literature”, Drug Safety, 2007, 30:379-407

Küçüküseyin C. Farmakoloji Tarihine Kısa Bir Bakış. Cerrahpasa Tıp Fakültesi Farmakoloji Ve Klinik Farmakoloji Anabilim İstanbul, 2004.

Lagerlov P, Loeb M, Andrew M, Hjortdahl P. Improving doctors’ prescribing behavior through reflection on guidelines and prescription feedback: a randomized controlled study. Quality in Health Care 2000;9:159-165.

Lagerlov P, Veninga CCM, Muskova M, et al. Asthma management in five European countries. *Eur Respir J*2000;15: 25-29.

Le Grand A, Hogerzeil HV, Haaijer-Ruskamp FM. Intervention research in rational use of drugs: a review. *Health Policy and Planning* 1999; 14: 89-102.

Likic R, Maxwell SR. Prevention of medication errors:teaching and training. *British Journal of Clinical Pharmacology*2009; 67: 656–661

Lu Y, Hernandez P, Abegunde D, Edejer T. The worldmanagement: clinical and public health pharmacy viewpoint”, *Asia Pac J Public*

Maxwell S. Rational prescribing: the principles of drugselection. *Clinical Medicine* 2009; 9:481–485.

Maxwell SR, Cascorbi I, Orme M, Webb DJ; JointBPS/EACPT Working Group on Safe Prescribing. EducatingEuropean (junior) doctors for safe prescribing.*Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology* 2007; 101:395-400.*medicines situation 2011. Medicine expenditures. Third edition. World Health Organization, Geneva 2011.*

Medicines Useand Spending Shifts,AReviewoftheUseofMedicinesintheU.S.in2014, April2015

Mollahaliloğlu S, Özbay H, Özgen H ve ark. Türkiye ulusal sağlık hesapları. Hane halkı sağlık harcamaları 2002-2003. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssihha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssihha Mektebi Müdürlüğü,Ankara 2006

Mollahaliloğlu S. Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarında Yazılan Reçetelerin Değerlendirilmesi (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2000.

Mollahaliloğlu S. Türkiye’de Akılcı İlaç Uygulamaları. SB Dialog.2005;12:12–16.

Mossialos, E., Mrazek, M., Walley, T.: Regulation pharmaceuticals in Europe: striving for efficacy, equity and quality, Open University Press (2004)

Neumann, P.J., “Evidence-based and value-based formulary guidelines”, Health Affairs ,2004

Oktay S. Akılcı ilaç kullanımının genel ilkeleri. Türk geriatric dergisi 2006; 9: 15-18

Oktay Ş ve Kayaalp SO. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, Editör: SO Kayaalp, 11. Baskı, Hacettepe-Taş Kitabevi, 2005, pp. 130-142. 6. ATO (2006).

Öncü S, Antibiyotiklerin İstenmeyen Etkilerinin İzleme-Yönetimi, ANKEM Derg 2013;27(Ek 2):82-84

Özata M, Aslan Ş, Mete M. “Rasyonel ilaç kullanımının hasta güvenliğine etkileri:Hekimlerin rasyonelilaçkullanımınaetkiedenfaktörlerinbelirlenmesi”,www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/articles/2008/20/ MO-SA-MM.PDF Erişim tarihi: 24 Mayıs 2013.

Özata M. Rasyonel İlaç Kullanımının Hasta Güvenliğine Etkisi.Erişim tarihi: 18.08.2008.

ÖzataM,AslanŞ,MeteM.“Rasyonelilaçkullanımınınhastagüvenliğineetkileri:Hekimlerinrasyonelilaçkullanımınaetkiedenfaktörlerinbelirlenmesi”,www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/articles/2008/20/ MO-SA-MM.PDF Erişim tarihi: 24 Mayıs 2013.

Passmore, P.R, Kailis, S.G, “In Pursuit of rational drug use and effective drug care teaching hospital of Western Nepal, Katmandu University Medical Journal, Vol.Cilt 5, Sayı 4. 2012

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

Preventing Medical Errors Related to Prescription Medication FDA Reports, The most common fatal medication errorsApril14-2011 By Hastings, Cohan & Walsh, LLP

Prosser H, Almond S, Walley T. Influences on GP’s decision to prescribe new drugs-the importance of who says what. Fam Pract.2003 ; 20: 61-68

Ross S, Bond C, Rothnie H, Thomas S, Macleod M J.What is the scale of prescribing errors committed by junior doctors? A systematic review. British Journal ofClinical Pharmacology 2008; 67: 629–640.

Ross S, Loke YK. Do educational interventions improve prescribing by medical students and junior doctors? A systematic review. British Journal of Clinical Pharmacolog2009; 67: 662–6

S.B. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Akılcı İlaç Kullanımı ÇalıştayRaporu. Ankara: 2006.

Sağlık bakanlığı akılcı ilaç kullanımı <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-7771/akilci-ilac-kullanimi>

Sercan Bulut Çelik, Hüseyin Can. Birinci basamakta akılcı ilaç kullanımı. Smyrna Tıp Dergisi 2012.

Sılan C. Dönem IV ve V öğrencilerine uygulanan akılcı ilaç seçimi ve kullanımı eğitimine ilişkin 6 yıllık sonuçlar. 21.Ulusal Farmakoloji Kongresi. Kongre Kitabı 2011: 378.

Soyalan M, Demirdamar R, Toklu HZ, Gümüşel B, “Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde ulusal farmakovijilans sistemi ve mevcut uygulamalar”, Marmara PharmaceuticalJournal2012,16: 159-163.

Şahin H. Bornava eğitim araştırma sağlık grup başkanlığı bölgesindeki sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimlerin ‘Gerçek reçeteleme ve olguya uygun reçeteleme ’ davranışlarının değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilim Uzmanlığı Tezi. 1999, İzmir

Şemin Ş. Sosyal ve ekonomik yönleri ile ilaç. Ankara, TTB Yayınları.2008: 1-12

T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Sonuç raporu. Türkiye sağlık sektörü raporu, Sürdürülebilir ve kaliteli bir sağlık sektörü için genel bakış ve potansiyel iyileştirme alanları, Haziran 2012

T.C. Sağlık Bakanlığı. Birinci basamağa yönelik tanı ve tedavi rehberleri, 2003.

TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu, T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015 Yılı BütçeSunumu,

TİK; Türkiye İlaç Klavuzu, 1999 Formülleri, Editör: Kayaalp S.O

TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005; 4(5): 223–237.

Uluoğlu C, Güney Z, Yücel B ve ark. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi 5.sınıf tıpöğrencilerinde akılcı ilaç kullanımını staj eğitiminin kısa dönemdeki etkileri. 19. Ulusal Farmakoloji Kongresi Bildiri Özet Kitabı 2007;338.

Ulusoy HB, Sumak T, Sahin S, Gultekin H. The impact of a “Groningen Model” of pharmacotherapy training for general practitioners in Kayseri, Turkey. Basic Clin Pharmacol 2010;107 (Suppl. 1- Abstracts for the 16th World Congress of Basic and Clinical Pharmacology): 2223.

Wald ER, Green MD, Schwartz B, Barbadora K. A streptococ cals corecardre visited. Pediatr Emerg Care. 1998; 14(2):109

WHO (1985) Conference of Experts on The Rational Use of Drugs. World Health Organization, Nairobi, Kenya, WHO/CONRAD/WP/RI, 25-9.

WHO (2010) The World Health Report, Health Systems Financing, The Path to Universal Coverage, Achieving Better Health Outcomes And Efficiency Gains Through Rational Use Of Medicine Technical Brief Series - Brief No 3.

WHO. Guide to Good Prescribing. Cenevre: 1994

World Health Organization. Model List of Essential Medicines. Seventeenth list, Mar 2011.

World Health Organization. Revised procedures for updating the WHO Model List of Essential Drugs: a summary of proposals and process, May 2001; EB108/INF.DOC./2.

World Health Organization. The rational use of drugs. Report of the conference of experts. Nairobi, 25-29 November 1985. Geneva 1987.

www.akilciilaç.gv.tr (Erisim tarihi: 20.04.2017)

www.oecd.org (Erisim tarihi: 20.04.2017)

Yarış E, Kadioğlu M, Muci E ve ark. Akılcı ilaç seçimi ve kullanımı eğitimi verilen dđnem VI oğrencilerine ilişkin sonuçlar. 19. Ulusal Farmakoloji Kongresi Bildiri zet Kitabı 2007;337.



8. EKLER

EK-1

ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMINA YÖNELİK BİLGİ VE DAVRANIŞLARINI DEĞERLENDİRME ÇALIŞMASI

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi (OMUTF) Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından, OMUTF hastanesinde görev yapan araştırma görevlisi hekimlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Anketteki sorulara samimi ve doğru cevap vermeniz alınacak sonucun gerçekleri yansıtmaya gücünü artıracaktır. Çalışmada toplanan veriler tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Vereceğiniz cevapların size ait olduğunun hiç kimse tarafından bilinmemesi için lütfen anket formlarına adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

1.Yaşınız?

2.Cinsiyetiniz?

Kadın Erkek

3.Mezuniyet yılınızı yazar mısınız?.....

4. Bir hastanıza ortalama ne kadar süre ayırabiliyorsunuz?.....

5. Bir reçetede ortalama kaç tane ilaç yazıyorsunuz?.....

6.Tıp Fakültesi eğitim sürecinizde, akılcı ilaç eğitimi aldınız mı?

- Evet ,.....saat aldım. (9. Soruya atlayınız)
 Hayır almadım.

7. Akılcı ilaç konusunda eğitim almak ister misiniz?

- Evet
 Hayır (10. Soruya atlayınız)
 Daha önce duymadım

8. Akılcı ilaç eğitiminde edindiğiniz bilgileri, tedavi sırasında uygulayabiliyor musunuz?

- Evet
 Hayır

9. Reçeteleme yaparken hangi bilgi kaynaklarından yararlanıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- Herhangi bir bilgi kaynağı kullanmıyorum.
 Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzu (TİK)
 Tanı ve Tedavi Rehberleri
 Vademecum
 Farmakoloji Kitapları
 İlaç Bilgi Yazılım Programları (Rx MediaPharma, TEBRP, vb.)
 İlaç Firmalarının Araştırma ve Tanıtım Çalışmaları
 Meslektaş
 İnternet

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

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

11. İlaç seçerken hangi kriterleri dikkate alırsınız? (Lütfen her bir maddeye cevap veriniz. Cevap verilmeyen maddeler “hiçbir zaman” olarak değerlendirilecektir.)

<input type="checkbox"/>	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Hiçbir Zaman
<input type="checkbox"/> Etkililik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Güvenirlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Uygunluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maliyet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	<u>Her Zaman</u>	<u>Sıklıkla</u>	<u>Bazen</u>	<u>Nadiren</u>	<u>Hiçbir Zaman</u>
Bitkisel ürün kullanımını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kullandığı başka ilaç(ları) sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlaç alerjisi olup olmadığını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Karaciğer hastalığı olup olmadığını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Böbrek hastalığı olup olmadığını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronik bir hastalığı olup olmadığını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebe olup olmadığını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Hastaya ilaçlarla ilgili verdiğiniz bilgiyi yeterli buluyor musunuz?

- Evet; çünkü doğru kullanmazsa etkin tedavi sağlayamaz.
- Kısmen; kullanımı özen isteyen ilaçlar için
- Hayır; vakit yeterli değil.
- Hayır; reçetedeği bilgiyi anlatmak eczacının görevidir.

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

	<u>Her Zaman</u>	<u>Sıklıkla</u>	<u>Bazen</u>	<u>Nadiren</u>	<u>Hiçbir</u>
	<u>Zaman</u>				
İlacın adını	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uygulama şeklini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Günlük dozu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tedavi süresini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlacın etki mekanizmasını	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlacın olası yan etkilerini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlacın fiyatını	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer ilaçlarla/besinlerle etkileşimini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uzak durması gereken aktiviteler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlacın ne zaman etki göstereceğini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlacı ne zaman bırakması gerektiğini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlaçlarla ilgili diğer uyarıları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Evet; reçete etmediğim takdirde tartışma çıkıyor.
- Evet; sadece kronik hastalıkların ilaçlarını reçete ederim.
- Evet; tartışıp bunun yanlış olduğunu anlatacak vaktim olmuyor.
- Hayır; hiçbir zaman muayene etmeden ilaç reçete etmem

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

- Evet; hasta ilacı nasıl kullanacağını tam olarak anlamalıdır.
- Bazen; kullanımı özen isteyen ilaçlar için (ör: inhalantlar)
- Hayır; eczaneden ilacını alırken tekrar anlatılacaktır.
- Hayır; vakit yeterli değil.

17. Hastalarınıza ilaç dışında, bitkisel ürünleri de önerir misiniz?

- Evet**
- Hayır**
- Bazen**

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

- Evet**
- Hayır**
- Bazen**

19. Tıbbi ürün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen beklenmeyen yan etkilerin bildirimini yapıyor musunuz?

- Evet(Şimdiye kadar kaç bildirim yaptınız?.....)
- Hayır

ANKETİMİZ SONLANMIŞTIR. KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER.



EK-2

DÖNEM 6 ÖĞRENCİLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMINA YÖNELİK BİLGİ VE DAVRANIŞLARINI DEĞERLENDİRME ÇALIŞMASI

Bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi(OMUTF) Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından, OMUTF hastanesinde görev yapan dönem 6 öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla planlanmıştır. Anketteki sorulara samimi ve doğru cevap vermeniz alınacak sonucun gerçekleri yansıtmaya gücünü artıracaktır. Çalışmada toplanan veriler tamamen bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Vereceğiniz cevapların size ait olduğunun hiç kimse tarafından bilinmemesi için lütfen anket formlarına adınızı ve soyadınızı yazmayınız. Katılımınız ve desteğiniz için teşekkür ederiz.

1. Yaşınız?

2.Cinsiyetiniz?

Kadın Erkek

3.Tıp fakültesinde akılcı ilaç eğitimi aldınız mı?

Evet

Hayır

4.Akılcı ilaç eğitiminde edindiğiniz bilgileri; tedavi sırasında uygulayabiliyor musunuz?

Evet

Hayır

5.Aldığınız eğitimin faydalı olduğunu düşünüyor musunuz?

Evet

Hayır

6.İlaç seçimi yaparken hangi bilgi kaynaklarından yararlanıyorsunuz?

(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

Herhangi bir bilgi kaynağı kullanmıyorum.

Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzu (TİK)

Tanı ve Tedavi Rehberleri

Vademecum

Farmakoloji Kitapları

İlaç Bilgi Yazılım Programları (Rx MediaPharma, TEBRP, vb.)

İlaç Firmalarının Araştırma ve Tanıtım Çalışmaları

İnternet

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

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

8. İlaç seçerken hangi kriterleri dikkate alırsınız? (Lütfen her bir maddeye cevap veriniz. Cevap verilmeyen maddeler “hiçbir zaman” olarak değerlendirilecektir.)

	Her zaman	Sıklıkla	Bazen	Hiçbir Zaman
<input type="checkbox"/> Etkililik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Güvenirlik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Uygunluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Maliyet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

	<u>Her Zaman</u>	<u>Sıklıkla</u>	<u>Bazen</u>	<u>Nadiren</u>	<u>Hiçbir Zaman</u>
Bitkisel ilaç kullanımını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kullandığı başka ilaç(ları) sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlaç alerjisi olup olmadığını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Karaciğer hastalığı olup olmadığını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Böbrek hastalığı olup olmadığını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kronik bir hastalığı olup olmadığını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebe olup olmadığını sorgularım	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.Hastaya ilaçlarla ilgili verdiğiniz bilgiyi yeterli buluyor musunuz?

- Evet; çünkü doğru kullanmazsa etkin tedavi sağlayamaz.
- Kısmen; kullanımı özen isteyen ilaçlar için

- Hayır; vakit yeterli değil.
- Hayır; reçetedeği bilgiyi anlatmak eczacının görevidir.

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

	<u>Her Zaman</u>	<u>Sıklıkla</u>	<u>Bazen</u>	<u>Nadiren</u>	<u>Hiçbir</u>
	<u>Zaman</u>				
İlacın adını	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uygulama seklini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Günlük dozu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tedavi süresini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlacın etki mekanizmasını	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlacın olası yan etkilerini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İlacın fiyatını	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diğer ilaçlarla/besinlerle etkileşimini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- Evet; reçete etmediğim takdirde tartışma çıkıyor.
- Evet; sadece kronik hastalıkların ilaçlarını reçete ederim.
- Evet; tartışıp bunun yanlış olduğunu anlatacak vaktim olmuyor.
- Hayır; hiçbir zaman muayene etmeden ilaç reçete etmem

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

- Evet; hasta ilacı nasıl kullanacağını tam olarak anlamalıdır.
- Bazen; kullanımı özen isteyen ilaçlar için (ör: inhalantlar)
- Hayır; eczaneden ilacını alırken tekrar anlatılacaktır.
- Hayır; vakit yeterli değil.

ANKETİMİZ SONLANMIŞTIR. KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER