

T.C
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
FARMAKOLOJİ ve TOKSİKOLOJİ (VET) ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK KURULUŞLARINA BAŞVURAN
HASTALARDA İLAÇ KULLANIM ALIŞKANLIKLARININ VE REÇETE
MALİYETLERİNİN DEĞERLENİRİLMESİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Fadime CANBOLAT

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ahmet Levent BAŞ

KONYA-2007

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ.....	1
2. LİTERATÜR BİLGİ.....	2
2.1. İlaç ve İlacın Toplum Sağlığı Açısından Önemi.....	2
2.1.1. İlaç tüketimini etkileyen faktörler.....	2
2.2. Akılcı İlaç Kullanımı.....	3
2.2.1. Akılcı ilaç kullanımı kriterleri.....	3
2.2.2. Akılcı ilaç kullanımının temel öğeleri.....	4
2.2.2.1. Doğru tanı ve doğru ilaç seçimi.....	4
2.2.2.1.A. Akılcı reçete yazma sürecinde temel ilkeler.....	5
2.2.2.2. Hastanın tedaviye uyumunun sağlanması.....	6
2.2.2.3. Maliyet-etkinlik oranının sağlanması.....	6
2.2.3. Akılcı ilaç kullanımının “Akılcılık” ölçütleri ve optimizasyonu.....	7
2.2.4. Akılcı ilaç kullanımı konusunda alınacak sorumluluklar.....	8
2.2.4.1. Devletin sorumluluğu.....	8
2.2.4.2. İlaç endüstrinin sorumluluğu.....	9
2.2.4.3. Reçete yazanların sorumluluğu.....	9
2.2.4.4. Üniversiteler, öğretim kurumları ve profesyonel (mesleki) örgütlerin sorumluluğu.....	9
2.2.4.5. Tüketici gruplarının (kuruluşlarının) sorumluluğu.....	9
2.2.4.6. Kitle iletişiminin (basın-yayın kuruluşlarının) sorumluluğu.....	9
2.2.4.7. İlaç dağıtım kanallarının sorumluluğu.....	10
2.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı.....	10
2.3.1. Akılcı olmayan ilaç kullanımının altında yatan faktörler	11
2.3.1.1. Doktorlardan kaynaklanan nedenler	12
2.3.1.2. Hastalardan kaynaklanan nedenler.....	12

2.3.1.3. İlaç sağlama sisteminden kaynaklanan nedenler	12
2.3.1.4. Sağlık sistemi ve düzenleme mekanizmalarından kaynaklanan nedenler ...	12
2.3.1.5. İlaç promosyonundan kaynaklanan nedenler.....	12
2.3.2. Akılcı ilaç kullanımında izlenilmesi gereken yöntemler.....	13
2.3.2.1. Arz yönlü akılcı ilaç kullanımı politika stratejileri.....	13
2.3.2.1.A. İlaç firmaları hekim ilişkilerini doğru yöne çekmek.....	13
2.3.2.1.B. Reçete yazımı ve cevaplanması	13
2.3.2.1.C. Jenerik isim uygulamasına geçmek.....	13
2.3.2.1.D. Reçetesiz ilaç kullanımının önüne geçmek	13
2.3.2.2. Talep yönlü akılcı ilaç kullanımı politika stratejileri.....	14
2.3.2.2.A. Tüketicilerin bilinçlendirilmesi.....	14
2.3.2.3. Kamuya Düşen Düzenleyici ve Denetleyici Görevler.....	14
2.4. İlaç Harcamaları.....	14
2.5. Üriner Sistem Enfeksiyonları ve Uygulanan Tedavi Yöntemleri.....	17
2.5.1. Epidemiyoloji.....	18
2.5.2. Tedavi.....	18
2.6. Antibiyotikler.....	20
3. MATERYAL ve METOT.....	23
4. BULGULAR.....	24
4.1. Sosyo-demografik Özellikler.....	24
4.2. İlaç Kullanım Alışkanlıkları.....	26
4.2.1. Cinsiyet faktörüne göre hasta tutumları.....	28
4.2.2. Yaş faktörüne göre hasta tutumları.....	34
4.2.3. Öğrenim durumu faktörüne göre hasta tutumları.....	38
4.2.4. Gelir seviyesine göre hasta tutumları.....	42
4.2.5. Sağlık güvencesine göre hasta tutumları.....	45
4.3. Reçete Değerlendirilmesi.....	48

5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	53
6. ÖZET.....	63
7. ABSTRACT.....	65
8. KAYNAKLAR.....	67
9. EKLER.....	70
10. ÖZGEÇMİŞ.....	73
11. TEŞEKKÜR.....	74

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Emekli sandığı, SSK, Bağ-Kur ve konsolide bütçe ilaç harcamaları	15
Tablo 2.2. Türkiye’de tedavi gruplarına göre ilaç kullanım oranları (kutu)	17
Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı	25
Tablo 4.2. Hastaların ilaç kullanımındaki tutumları	26
Tablo 4.3. Hastaların ilaç kullanımındaki tutumları	27
Tablo 4.4. Doktor talimatına gösterilen dikkat.	28
Tablo 4.5. Prospektüs okuma sıklığı.	29
Tablo 4.6. İlaçların son kullanma tarihine gösterilen dikkat.	29
Tablo 4.7. Bireylerin hasta oldukları zamanlardaki tutumları	29
Tablo 4.8. Tarihi geçmiş ilaç kullanım alışkanlığı	29
Tablo 4.9. Kullanılmayan ilacı evde bulundurma alışkanlığı	30
Tablo 4.10. Reçetede ilacın kullanımını hakkında bilgi alma tutumu	30
Tablo 4.11. Faydası görülen ilacın reçeteye yazılmasını isteme alışkanlığı	30
Tablo 4.12. İlaçların temin edildiği yer	30
Tablo 4.13. İlacı tedavi süresinden önce bırakma alışkanlığı	31
Tablo 4.14. Unutulan ilacın ertesi gün dozunu artırma durumu	31
Tablo 4.15. Unutulan ilacın aynı gün dozunu artırma durumu	31
Tablo 4.16. İyileşme kanaati ile ilacı kesme tutumu	32
Tablo 4.17. Doktora ilaç hakkında bilgi sorma alışkanlığı	32
Tablo 4.18. İlaç satın alma tutumu	32
Tablo 4.19. Enfeksiyon olgularında doktora gitme tutumu	33
Tablo 4.20. Reçetesiz antibiyotik satın alma tutumu	33
Tablo 4.21. Antibiyotik kullanımı esnasında dikkat edilen unsurlar	33
Tablo 4.22. Etkisi görülmediği düşünülen antibiyotik kullanımına son verme tutumu	33

Tablo 4.23. Antibiyotik kullanım süresine etki eden faktörler	34
Tablo 4.24. Prospektüs okuma sıklığı	34
Tablo 4.25. İlaçların son kullanma tarihlerine gösterilen dikkat	35
Tablo 4.26. Kullanılmayan ilaçları evde bulundurma alışkanlığı	35
Tablo 4.27. Reçetede ilacın kullanımını hakkında bilgi alma tutumu	35
Tablo 4.28. Faydası görülen ilacın reçeteye yazılmasını isteme alışkanlığı	36
Tablo 4.29. İlacı tedavi süresinden önce bırakma alışkanlığı	36
Tablo 4.30. İyileşme kanaatinde ilacı kesme tutumu	36
Tablo 4.31. Enfeksiyon olgularında doktora gitme tutumu	37
Tablo 4.32. Reçetesiz antibiyotik satın alma tutumu	37
Tablo 4.33. Antibiyotik kullanımı esnasında dikkat edilen unsurlar	37
Tablo 4.34. Etkisi görülmediği düşünülen antibiyotik kullanımına son verme tutumu	38
Tablo 4.35. Prospektüs okuma sıklığı	38
Tablo 4.36. İlaçların son kullanma tarihine gösterilen dikkat	39
Tablo 4.37. Kullanılmayan ilacı evde bulundurma alışkanlığı	39
Tablo 4.38. Reçetede ilacın kullanımını hakkında bilgi alma tutumu	39
Tablo 4.39. Faydası görülen ilacın reçeteye yazılmasını isteme alışkanlığı	40
Tablo 4.40. İlacı tedavi süresinden önce bırakma alışkanlığı	40
Tablo 4.41. İyileşme kanaati ile ilacı kesme tutumu	40
Tablo 4.42. Enfeksiyon olgularında doktora gitme tutumu	41
Tablo 4.43. Reçetesiz antibiyotik satın alma tutumu	41
Tablo 4.44. Antibiyotik kullanımı esnasında dikkat edilen unsurlar	41
Tablo 4.45. Etkisi görülmediği düşünülen antibiyotik kullanımına son verme tutumu	42
Tablo 4.46. İlaçların son kullanma tarihine gösterilen dikkat	42
Tablo 4.47. Kullanılmayan ilacı evde bulundurma alışkanlığı	43
Tablo 4.48. Reçetede ilacın kullanımını hakkında bilgi alma tutumu	43
Tablo 4.49. Faydası görülen ilacın reçeteye yazılmasını isteme alışkanlığı	43

Tablo 4.50. İlacı tedavi süresinden önce bırakma alışkanlığı	44
Tablo 4.51. İyileşme kanaatinde ilacı kesme tutumu	44
Tablo 4.52. Enfeksiyon olgularında doktora gitme tutumu	44
Tablo 4.53. Reçetesiz antibiyotik satın alma tutumu	45
Tablo 4.54. Etkisi görülmediği düşünülen antibiyotik kullanımına son verme tutumu	45
Tablo 4.55. Kullanılmayan ilacı evde bulundurma alışkanlığı	46
Tablo 4.56. Faydası görülen ilacın reçeteye yazılmasını isteme alışkanlığı	46
Tablo 4.57. İlacı tedavi süresinden önce bırakma alışkanlığı	46
Tablo 4.58. İyileşme kanaatinde ilacı kesme tutumu	47
Tablo 4.59. Enfeksiyon olgularında doktora gitme tutumu	47
Tablo 4.60. Reçetesiz antibiyotik satın alma tutumu	47
Tablo 4.61. Etkisi görülmediği düşünülen antibiyotik kullanımına son verme tutumu	48
Tablo 4.62. Reçete değerlendirmesi	49

1.GİRİŞ

İlaç, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir ögesidir. Ancak dünyada hastaların %50'si ilaçlarını doğru kullanmamaktadır. İlaç, doğru kullanıldığında insan sağlığını ve yaşamını tehdit eden olumsuzluklara son verirken, yanlış kullanıldığında yaşama son verebilen bir madde olması nedeniyle, toplum sağlığında önemli bir yere sahiptir. Kişiler, hasta olduklarında, daha önceki deneyimlerinden hareketle; ellerindeki mevcut ilaçlardan herhangi birini kullanabilmekte, yakınlarının tavsiyesi ile ilaç alabilmekte ya da eczaneden doğrudan aldıkları kimi ilaçları kullanabilmektedirler. Dahası bu yanlış davranışlar doktora başvurduktan sonraki aşamalarda da devam edebilmektedir. İlaçların; hekimin belirttiği veya prospektüste belirtilen doz ve biçimden farklı kullanılması, semptomların ortadan kalkmasına bağlı olarak öngörülen süreden önce kesilmesi olumsuz tıbbi sonuçlara neden olabileceği gibi, evde bulundurulan kullanılmayan ilaçların sayısını da zamanla artırmaktadır. Yanlış ilaç kullanımı ile ortaya çıkan bir diğer olumsuzluk oluşan ekonomik kayıplardır. Zira sağlığa ayrılan kaynakların önemli bölümü tedavi maliyetleri için harcanmakta, bu harcamalar içindeyse ilaç tüketimi önemli yer tutmaktadır.

Bu araştırma ile; Haydarpaşa Numune Hastanesi Üroloji servisinde muayene olan hastalara muayene sonrası ilaç kullanımı ile ilgili anket uygulanarak; kişilerin ilaç kullanım alışkanlıklarının saptanması, reçete maliyetlerinin hesaplanması ve aynı reçetelerin maliyetine etki eden faktörlerin tanımlanması hedeflenmiştir.

2. LİTERATÜR BİLGİ

2.1. İlaç ve İlacın Toplum Sağlığı Açısından Önemi

Tıpta kullanılan ve biyolojik etkinliği olan, saf bir kimyasal maddeye ya da ona eşdeğer olan bitkisel veya hayvansal kaynaklı, standart miktarda aktif madde içeren karışıma ilaç denir (Aktay ve ark 2003). Dünya Sağlık Örgütü ise ilacı “fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları alanın yararı için değiştirmek ya da incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen bir madde yada ürün” olarak tanımlamaktadır (Abacıoğlu 2005).

İlaçtan beklenen temel fayda, fizyolojik sistemleri ya da patolojik durumları alanın yararına değiştirmesidir. Ancak, ilaçların tanı ve tedavi amacıyla kullanılmaları sırasında elde edilen yararların yanı sıra, doğal olarak öngörülen ya da öngörülemeyen yan etkiler, toksik etkiler, alerjik reaksiyonlar, idiyosinkrazi veya ilaç etkileşmeleri gibi istenmeyen durumlar ortaya çıkabilmektedir (Aktay ve ark 2003). Toplum sağlığı açısından ilacın başlıca özellikleri aşağıda belirtilmiştir:

- Güvenilir, etkili, uygun fiyatlı ve kolay sağlanabilir olmalıdır.
- Her gelir grubundan insana, gerek duyulduğunda ertelenmeden hemen sağlanması gereken bir üründür.
- Hastanın kendi tercihi ile seçemediği (tüketicinin talep esnekliğinin bulunmadığı) bir üründür.
- İlaç, tüketicisinin hakkında en az bilgi sahibi olduğu ürünlerden birisidir.
- İlacın koruyucu ve tedavi edici etkilerinin yanı sıra, oluşturduğu yan etkiler dolayısıyla önemli bir risk potansiyeli mevcuttur (Işık 1997).
- Sosyal Güvenlik Kurumları toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yarısını ilaç ürünleri için kullanmaktadır (Mollahaliloğlu ve ark 2006).

2.1.1. İlaç tüketimini etkileyen faktörler

İlaç; 1800-1900 yılları arasında yalnızca hastayı, hekimi ve eczacıyı ilgilendirmekte iken günümüzde, endüstriyi, ekonomik ve mali çevreleri, akademik kuruluşları, basını, kamu oyunu, politikayı, sağlık sigorta kuruluşlarını ve çeşitli sağlık örgütlerini de ilgi çerçevesi içine almaktadır. Başka bir deyişle ilacın etki alanı artmıştır. Genel olarak ilaç tüketimini etkileyen faktörler aşağıda sıralanmıştır:

- 1) Bilim ve Teknolojideki Gelişmeler

AR-GE faaliyetlerinin ürünü olan yeni ve etkili ilaçlar tıbbın hizmetine sunulmakta, bu buluşlar ilaçlara olan talebi ve dolayısıyla ilaç tüketimini de hızla arttırmaktadır.

2) Sosyo-Ekonomik ve Demografik Faktörler

Bir ülkenin ekonomik ve kültürel seviyesi de ilaç tüketimini etkileyen faktörler arasındadır. ‘İlaç kullanma kültürü’, bilinçli ilaç tüketimi konusunu gündeme getirmektedir. Verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin de tüketim üzerinde büyük etkisi vardır.

3) İlaç Endüstrisinin Yapısal Özellikleri

Endüstrinin ilaç konusunda izlediği politikanın tüketime etkisi söz konusudur. Ülkemizde ilaç tüketiminin ilk sırasında antibiyotikler ve analjezikler yer almaktadır (Gümrükçüoğlu 2005).

2.2. Akılcı İlaç Kullanımı

İlaç tanımının içindeki “alanın yararı için” sözcüklerinin kapsamında, ilaçların rasyonel kullanılmalarının mantığı bulunmaktadır. İlaç kullanımında akılcılık, deney ve gözleme dayalı bilgi birikimiyle oluşturulmuş bir deneyim durumunu ve bunun sonraki tıbbi tanı ve tedavi edici hekimlik süreçlerinde verimli ve etkili kullanımını anlatmaktadır (Abacıoğlu 2005). Yukarıda kısaca özetlenmeye çalışılan nedenlerden dolayı, ilacın gerektiği zaman, gerektiği kadar kullanılması yaşamsal bir önem taşımaktadır. Dolayısı ile, akılcı ilaç kullanımının, toplum sağlığı ve kısıtlı kaynaklar açısından önemi büyüktür. Günümüzde rasyonel ilaç kullanımı temel ve koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli konularından biri olarak ele alınmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün 1985 Nairobi toplantısında, akılcı ilaç kullanımı; “kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre ilacı uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri” olarak tanımlamıştır (Grand ve ark 1999). Diğer bir anlatımla akılcı ilaç tedavisi; uygun ilacın, doğru uygulama yoluyla ve tedavi için yeterli dozda, uygun zaman aralıklarında düşük fiyatla edinilerek kullanılması anlamına gelmektedir.

2.2.1. Akılcı ilaç kullanımı kriterleri

- Doğru endikasyon
- Doğru ilaç
 - Etkili
 - Güvenli
 - Uygun
 - Ucuz

- Kolay sağlanabilir
- Doğru hasta
- Uygun doz ve süre
- Yeterli hasta bilgilendirilmesi
- İzleme-Değerlendirme

2.2.2. Akılcı ilaç kullanımının temel öğeleri

İlaç tüketimi açısından akılcı (rasyonel) ilaç kullanımı dört temel öğeyi içerir. Bunlar sırasıyla doğru tanı, doğru ilaç seçimi, hastanın tedaviye uyumunun sağlanması ve maliyet-etkinlik oranının belirlenmesidir (Abacıoğlu 2005).

2.2.2.1. Doğru tanı ve doğru ilaç seçimi

Akılcı ilaç tedavisi kararı verilirken temel noktalardan biri tanının doğru konmasıdır. Doğru tanı, uygun tedavinin ne olacağının da ardışık olarak belirlenmesine yardımcı olur. Bu nedenle, doğru ilaç seçimini, tanı sürecinden ayrı bir etkinlik olarak düşünmek olanaksızdır. Akılcı reçete yazma, yani hastanın tanısının konması, tedavi alternatifleri arasından kendisine en uygun olanın seçilmesi ve tedaviye başlanması süreci, herhangi bir problem çözme sürecine benzetilebilir. Bu süreç problemin tanımlanmasını, çözümüne yönelik bir hipotez kurulmasını, bu hipotezin bir deneyle sınanmasını ve sonucun gözlenmesini, gerekirse doğrulanmasını içerir. Bir hastanın tedavisi için de aynı şeyler geçerlidir. Hastanın hekime başvurma nedeni; altta yatan hastalığa ait belirti, psikososyal veya sosyal bir problem, anksiyete, ilaç yan etkisi, yeniden ilaç yazdırma isteği, tedaviye uyumsuzluk, koruyucu tedavi isteği veya bunların kombinasyonları olabilir. Tanı süreci ve uygun ilaç seçimi, hekim sorumluluğunda olan tıbbi-iktisadi bir etkinliktir. Bu bağlamda ilacın akılcı kullanımında ilk elden sorumlu olan hekimdir. İlacın hekim tarafından rasyonel bir yaklaşımla seçilmesi, genel tıp bilgi ve deneyimine ilave olarak farmakoloji temel bilgisinin de yeterli ve güncel olmasına dayanır (Abacıoğlu 2005).

Hekimlerin bilgi ve deneyimlerini, hasta karşısında onun durum ve özelliklerine uyarlamaları gereklidir. Hekim; hastanın tanısını iyi belirlemeli, tedavi hedefini maksimum düzeyde tutmak için etkili ilaç gruplarından etkililik, uygunluk, güvenlik, maliyet kriterlerine göre aralarından en uygun olanını (kişisel ilaç seçimi-K-ilaç) hastaya uygulamalıdır.

Hekim tarafından var olan problemin çözülebilmesi için;

- 1) Hastanın probleminin tanımlanması
- 2) Tedavi hedeflerinin belirlenmesi
- 3) Tedaviye başlanması

- 4) Sonuçların izlenmesi
- 5) Problem çözülmediyse tüm basamakların yeniden gözden geçirilmesi gereklidir (Gören 2005).

2.2.2.1.A. Akılcı reçete yazma sürecinde temel ilkeler

Hastanın durumunu etraflı bir şekilde inceleyip tanı koyduktan sonra mevcut ilaçlar arasından en uygununu seçecek ve buna göre reçete yazacak olan sorumlu kişi hekim olduğundan, hekimin yükümlülüğü ve davranışı akılcı ilaç kullanımının birincil önemdeki ögesini oluşturur. Hekimin reçete yazma sürecinde takip etmesi gereken temel ilkeler aşağıda sıralanmıştır.

- 1) Hastanın sorununun tanımlanması, tedavi amaçlarının belirlenmesi.
- 2) ‘İlaç tedavisi gerekli mi?’ sorusunun cevaplanması: Tüm hastalıklar ya da yakınmalar ilaç tedavisi gerektirmeyebilir. İlaç tedavisi hastanın yaşam kalitesini artıracaksa, kesin tanı konulduktan sonra verilmelidir.
- 3) Hastanın kullandığı diğer ilaçlar ve alışkanlıkların sorgulanması. Kullanılan tüm ilaçların bilinmesi gerekir. Sigara ve alkol kullanımı gibi faktörler ilaç etkilerini değiştirebilir.
- 4) Etkili ilaç gruplarının listesinin yapılması, ölçütlere göre etkili bir ilaç seçilmesi: Tedavide kullanılacak ilaç grubuna karar verirken dört adet ana özellik göz önünde bulundurulmalıdır. Rasyonel farmakoterapi ilkeleri doğrultusunda hekimi tedavi hedeflerine ulaştırabilecek ilaç seçenekleri etkinlik (yeterli doz, süre), güvenlilik (yan etki, ilaç etkileşimleri), uygunluk (kontrendikasyonlar, saklama-kullanım kolaylığı) ve tedavi maliyeti açısından birbirleriyle karşılaştırılmalı ve en iyi seçenek belirlenmelidir.
- 5) K-ilacın seçilmesi: Bir önceki analiz sonucundan karar verilen ilaç grubunun içinden, yine aynı ölçütler kullanılarak bir ilaç molekülüne karar verilmelidir.
- 6) En az sayıda ilaçla yetinilmesi: Tedavide az sayıda ama özellikleri iyi bilinen ilaçlar kullanılmalıdır.
- 7) Tedaviye düşük dozda başlanıp dozun olabildiğince yavaş artırılması: Hastanın ilaca cevabına göre doz ayarlaması gerekebilir (tedavinin bireyselleştirilmesi).
- 8) Hastanın tedaviye uyumunu artırmak için ilaç tedavisinin basitleştirilmesi: Olanak varsa günde tek uygulama tercih edilmelidir. Hastaya ve yakınına ilaç hakkında yeterli ve anlaşılır bilgi verilmelidir. Anlaşılması kolay reçete hazırlanmalı ve hastanın yakınının ilaç kullanımını denetlemesi sağlanmalıdır.

9) Düzenli olarak tedavinin gözden geçirilmesi ve gereksiz ilaçların tedaviden çıkarılması. Yeni ilaç eklenmesi hastanın yaşam kalitesini artırıyorsa tercih edilmelidir, yeni ilaçların yeni sorunlar getireceği unutulmamalıdır.

10) Hasta ve/veya yakınları ile hekim arasında iyi iletişim kurulması gereklidir (İskit 2006).

İlaç tedavisine karar vermeden önce mutlaka ilaç dışı tedavi seçenekleri gözden geçirilmeli ve tedavi ile birlikte diyet, egzersiz gibi gerekli yaşam tarzı değişiklikleri konusunda hasta uyarılmalıdır (Oktay ve Akıcı 2001).

İlacın yasal olarak temin edileceği tek mesleki kamusal alan ise eczanedir. Eczanede ilaçlar, endikasyon alanlarına göre farklı farmakolojik-terapötik sınıflamalar içerisinde hastaya sunulurlar. Bu sunum, sağlık otoritesinin onayı ile oluşturulmuş, temelde iki tür ilaç kategorizasyonuna dayalı olarak yapılmaktadır. Bunlar, hekim reçetesine bağlı olan, ya da reçetesiz verilebilen ilaçlardır. Her iki kategoriye ait ilaçların hastaya sunumu ve hastanın bilgilendirilmesi eczacıya ait bir sorumluluktur. Eczacı bu sorumluluğu ile, akılcı ilaç kullanımında önemli bir görev de üstlenmektedir (Abacıoğlu 2005).

2.2.2.2. Hastanın tedaviye uyumunun sağlanması

Akılcı ilaç tedavisi kararının başarıya ulaşması, hastanın tedaviye uyumu ile doğrudan ilişkilidir ve bunun sağlanması da hasta ve/veya yakınları ile hekim arasında iyi bir iletişimi gerektirir (Oktay ve Akıcı 2001).

2.2.2.3. Maliyet-etkinlik oranının sağlanması

Bir ilacın veya tedaviye yönelik müdahalenin faydasının birim maliyetini gösteren oran, maliyet-etkinlik oranı olarak tanımlanmıştır.

Aynı hastalığı tedavi etmek amacıyla kullanılan iki veya daha fazla yöntem maliyet ve sağlık ölçümleri açısından değerlendirilir. Kullanılan iki ayrı yöntemle, benzer sonuçlar elde edilebilir, ancak oluşan sonuçlar farklı düzeyde gelişebilir (Yılmaz ve Erkan 2002). Örneğin; böbrek yetmezliği nedeniyle bir hastaya diyaliz, diğerine transplantasyon uygulanabilir. Her iki yöntemde de sonuç benzerdir, ancak eşit değildir, çünkü sağlanan yaşam süreleri farklıdır. Bu analiz yönteminde somut ve ölçülebilir sonuçlar kıyaslanmalıdır. Bu da en çok "birim maliyet başına yaşamda kazanılan yıl" olarak belirtilir.

Her iki yöntemde de yıllar kazanılmıştır, öyleyse sonuç aynı birimle ifade edildiğine göre, farklı işlemlerin sonuçları da kıyaslanabilir. Sözgelimi böbrek transplantasyonunun etkinliği ile koroner by-pass ameliyatının etkinliği; ya da transplantasyonla sigarayı bırakma eğitimi, hatta otomobilde emniyet kemeri takma zorunluluğunun etkinliği

kıyaslanabilir. Çünkü sonuçta elde edilen birim, kazanılan yıldır. Ancak transplantasyonla, örneğin influenza aşılmasının sonuçları karşılaştırılmaz, çünkü ikincide etkinlik yaşama yıl kazandırma değil, iş göremezliğin önlenmesidir (Kalkan 2006).

Özetle, maliyet-etkinlik analizleri, ölçülen büyüklük açısından birbirinden farklı, iki benzer sonucu elde eden uygulamaların kıyaslanması olarak ifade edilebilir (Akalin 2005).

2.2.3. Akılcı ilaç kullanımının “Akılcılık” ölçütleri ve optimizasyonu

Akılcı ilaç kullanımının “akılcılık” ölçütleri tanı, tedavi ya da profilaksiye ilişkin tıbbi süreçlerdeki çeşitli etkinliklerle ilgilidir. Bu ölçütler birkaç maddeyle sıralanabilir.

- 1) İlaçların seçimi
- 2) İlaç lojistiğini belirleme
- 3) Reçete yazma süreci
- 4) Reçete cevaplama süreci
- 5) İlaçların tüketimi
- 6) İlaç bilgisi desteği
- 7) İlaç yönetiminde akılcılık

İlaç tedavisinin optimize edilememesinin nedenleri de çeşitli ve önemlidir. Bunlar bireylere özgü ve sistemik nedenler olarak ayrıştırılabilir. Bireylere özgü sorunlar hekim-eczacı ve hasta üçgenindeki etkileşimlerden kaynaklanır. Örneğin, eğitim ve bilgi yetersizliği;objektif ilaç bilgi eksikliği; aşırı hasta yükü; uygun olmayan reçete yazımı, uygun olmayan doz önerisi, uygun olmayan zaman, doz aralığı ve süresi ve uygulama yolu uygunsuzluğu gibi etmenler; sosyal-politik-yönetimsel baskılara boyun eğme; sınırlı deneyimlerin genellenmesi; ilaçların etkisine dair yanlış inanışlar hekim kaynaklı sorunlar olarak biçimlenmektedir. Yanlış ilaç verilmesi, reçetesiz ilaç satışı, reçete içeriği dışında ilaç hazırlanması eczacının neden olduğu sorunlardır.

İlaç kullanımını etkileyen sosyo- ekonomik farklılıklar;

- Hastanın tedaviye uyum sağlamaması,
- Bireysel bir etmen olarak idiosinkrazi,
- Yanlış ya da olmayan ilaç bilgisi,
- Yanlış inanış ve saplantılar,
- Yanlış beklenti ve talepler,
- Yaygın kendi kendini tedavi,
- İlaçların etkileri/yan etkilerini algılama biçimi,
- İlacı bağı yan etki geliştiğinde ne yapıldığı,

- Polifarmasi alışkanlığı,
- İlaç-besin etkileşim oranları ve çeşitliliği,
- Hastaların, hastalıklarının hangi evresinde hekime gittikleri,
- İlaçlarla ilgili haber/yorum/reklamları dikkate alma alışkanlıkları,
- İlaç alım gücü yönünden, hastaların ekonomik düzeyi veya geri ödeme kurumlarının tedavi giderlerini ödeme oranları hastaya ait sorunlardır (Akıcı 2005).

Tedaviye ilişkin etkilerin hasta üzerinde yanlış izlenmesi ve değerlendirilmesi ise hem hekim hem de eczacıya ait bir sorumluluktur. Ayrıca, gereken ilacın, gerektiği zaman ve miktarda sağlanamaması ilaç sağlama sisteminden kaynaklanan nedenler arasındadır.

Sistemik nedenlerin başında sağlık sistemi ve düzenleme mekanizmalarına ilişkin optimizasyon problemleri bulunmaktadır. İlaç tedavisine ilişkin temel ilaç politikaları-ilaç yönetimi ile ilgili sorunlar da ikincil basamağı oluşturur. Bu basamakla ilgili ilaç ve eczacılık uygulamalarına ilişkin mevzuat yetersizliği ve/veya yaptırım gücünün düşüklüğü akılcı ilaç tedavisinde optimal koşulların gerçekleşmesini engeller. Mevzuat yetersizlikleri, ilaç ruhsatlandırması, ilaçların etkili ve sürekli denetimi gibi düzenleme mekanizmalarında aksaklıklara yol açar. Ayrıca ilaç fiyatlandırma sistemi ve denetimindeki yetersizlik ile ilaç endüstrisinin geneldeki etkisi, aksaklıkların daha da pekişmesine neden olur. Bu süreçte ilaç endüstrisinin genel etkisi özellikle ilaç promosyonuyla ilgili hususlarda öne çıkar. İlacın hekim, eczacı ve diğer sağlık elemanlarına tanıtımı adına yapılacak taraflı, yetersiz, ve yanlış bilgilendirme, bunu aşırı ve yasal olmayan promosyonla destekleme ve uygulamaya ilişkin sağlık ekibinden kaynaklanabilecek uygun olmayan talepler akılcı ilaç kullanım politikaları bakımından başlıca engeller olarak sayılmalıdır (Abacıoğlu 2005).

2.2.4. Akılcı ilaç kullanımı konusunda alınacak sorumluluklar

Akılcı ilaç kullanımı konusunda ilgili ve ilişkili olduğunu gördüğümüz çeşitli gruplara farklı görev ve sorumluluklar düşmektedir.

2.2.4.1. Devletin sorumluluğu

Tüm nüfusun ihtiyaçlarını karşılayacak yeterli bir sağlık sistemi içerisinde belirgin bir ulusal sağlık ve ilaç politikasını saptamak, ulusal ilaç politikalarını formüle etmek, temel ilaçlar programını geliştirmek, ilaç konusunda ulusal yasal düzenlemeler yapan otoritelerini kurmak ve kuvvetlendirmek, ilaçla ilgili bilgilendirmenin tarafsız ve eksiksiz olmasını sağlamak, halkı bilgilendirmek, sağlık çalışanlarının eğitimini iyileştirmek, ödenebilir fiyatlarda iyi kalitede ilaçların bulunabilirliğini sağlamak, ilaç tanıtımı ve denetlenmesi konusunda uygun etik normları tesis etmek, dağıtım sistemlerini iyileştirmek,

ilaçların reçetelenmesi, dağıtımı ve satışından kimin yetkili olacağı ve hangi ilaçların reçetesiz satılabileceği konusunda karar vermek ve gerekli olan mevzuatı çıkarmaktır.

2.2.4.2. İlaç endüstrinin sorumluluğu

Tüm ilgili taraflara (reçete yazanlara ve tüketicilere) farmasötik ürünler hakkında tam ve tarafsız bilgilendirmeyi sağlamak, iyi üretim uygulamalarını takip etmek, tesis edilen ilaç promosyon normlarına uymak ve farklı ülkelerde çifte standarttan kaçınmak, kabul edilebilir kalitede düşük maliyetli ilaçlarla gelişmekte olan ülkelerin ihtiyaçlarına cevap vermek ve ihmal edilmiş alanlarda, özellikle gelişmekte olan ülkelerin sağlık sorunlarını çözmek üzere ihtiyaç duyulan yeni ilaçlar geliştirmektir.

2.2.4.3. Reçete yazanların sorumluluğu

Sağlıkla olduğu kadar sosyal ve ekonomik kriterlere uygun olarak akılcı bir biçimde reçete yazmak, başka bir deyişle; akılcı ilaç yazma alışkanlığı oluşturup gerekli ilaçları, tedavi maliyetini göz önünde tutarak önermek, uygun bilgilendirmeyi tedarik etmek ve eksiksiz, doğru bilgilendirmede ısrarcı olmaktır.

2.2.4.4. Üniversiteler, öğretim kurumları ve profesyonel (mesleki) örgütlerin sorumluluğu

İlaçların akılcı kullanımı konusunda, çeşitli kategorilerdeki sağlık çalışanlarının eğitimini iyileştirmek, temel ilaçlar kavramının tanıtılmasını sağlamak, sürekli eğitimi sağlamak, ilaç sempozyumlarının etik normlara uymasını sağlamak ve uygun sağlık hizmeti ve ilaç tedavisinde genel bilgilendirmeyi tedarik etmektir.

2.2.4.5. Tüketici gruplarının (kuruluşlarının) sorumluluğu

Halk için gerekli olan uygun ve kaliteli bilgilendirmeyi, azami biçimde sağlamak, ilaç konularında tüketicilerin eğitiminde hükümet ve hükümet dışı organlarla sorumluluğu paylaşmak, ilaç tanıtımında tesis edilen normlara uyumluluğu istemek, başka bir deyişle etik normlara bağlı kalınmasını sağlamak, bu konuda dikkatli bir şekilde izleme çalışmasını sürdürmek ve şüpheli ihlaller konusuna sağlık otoritelerinin dikkatini çekmek; ve temel ilaçlar programını desteklemektir.

2.2.4.6. Kitle iletişiminin (basın-yayın kuruluşlarının) sorumluluğu

Akılcı ilaç konusu çok önemli ve yüzeysel ilginin yetmeyeceği kadar karmaşık bir konu olup, geniş kitlelere seslenen basın-yayın araçlarının, hastalara verilen zarara bakılmaksızın sıklıkla yaptığı gibi, çok basite indirgenemeyeceği göz önüne alınarak ilaç tedavisini de içine alan sağlık konularında, ilgili ve dengeli bilgilendirmeyi sağlamak, ilaç tedavisinde uygun kullanım konusunda halkın eğitimine ortak olmak, ilaç tanıtımında etik

normlara uygun olan elverişli bilgileri vermek ve uygun olmayan elverişsiz yayımları yapmamaktır

2.2.4.7. İlaç dağıtım kanallarının sorumluluğu

Yasal olmayan yollardan ilaç dağıtımının önüne geçecek denetimlerin artırılması ilaç dağıtım kanallarının sorumluluklarındandır (Gümrükçüoğlu 2005).

2.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

Yukarıda verilen tanım ve konunun özüne ilişkin temel ölçütlerin aksine bir durum akılcı olmayan ilaç kullanımı olarak nitelendirilmektedir. İlaç kullanımının nedeninin bulunmadığı koşulda ilaçla tedavi, akılcı olmayan tıbbi etkinliğin başında gelmektedir. Endikasyon bakımından yanlış ilaç seçimi ve dolayısıyla yanlış tedavi uygulaması, etkisi şüpheli ilaçların kullanılması, ilaca ulaşmak ve erişmek, güvenli ve etkili ilaç sağlanmakta yetersizlik ve doğru ilacı uygun olmayan doz, zaman aralığı ve farmasötik biçimde kullanmak diğer akılcı olmayan ilaç kullanım özelliklerini içermektedir.

Akılcı olmayan (irrasyonel) ilaç kullanımının yaygın türleri şunlardır:

- Kişi başına aşırı sayıda ilaç kullanımı,
- Antibiyotiklerin, uygunsuz, bakteriyel olmayan hastalıklarda ve sıklıkla yetersiz dozda kullanımı,
- Oral alım daha uygunken enjeksiyona aşırı yönelim,
- Klinik kılavuza uymayan reçeteleme,
- Çoğu reçete ile satılan ilaçların rasgele alınması,
- İlaçlara ulaşamama ve uygunsuz dozda kullanma, özellikle çocuklarda ve hipertansiyon, diyabet, epilepsi gibi kronik hastalığı olan erişkinlerde ciddi zararlara yol açabilir. Uygunsuz ve aşırı ilaç kullanımı kaynak savurganlığına neden olması açısından da önemlidir (Keklik 2005, Kole 2005).

Akılcı olmayan ilaç kullanım koşullarında toplumsal açıdan pek çok sorunun ortaya çıkması kaçınılmazdır. Bu etkiler arasında;

- İlaç tedavisinin kalitesinin düşmesi sonucu morbidite ve mortalitede artış oluşması,
- İatrojenik tedavi,
- Parasal kaynakların yanlış tüketilmesiyle, temel ilaçlara bile ulaşabilirliğin azalması ve tedavi maliyetlerinin daha da yükselmesi,
- Acil ve temel ilaçlara karşı gelişebilecek dirence bağlı olarak tedavinin ekonomik ve sosyal maliyetinin artması,
- İlaçların yan etki riskinin artması,

- Toplumsal açıdan diğer önemli bir sorun da hastaların ilaç bağımlısı olması ve gereksinim olmadığı halde ilaca artan talep gibi psiko-sosyal etkilerin ön plana çıkmasıdır (Khor 2005).

Akılcı olmayan ilaç kullanımının getirdiği sağlık sorunlarının başında gereksiz antibiyotik kullanımı gelmektedir. Antibiyotiklere karşı gelişen direnç enfeksiyon hastalıklarının tedavisinde etkisizliğe sebep olmaktadır. Bu durum pahalı ve yeni antibiyotiklerin kullanımını artırmaktadır.

Diğer bir sorun ise olayın ekonomik boyutudur. Tüm dünyada etkisiz, yüksek maliyetli, yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı ciddi bir sorundur ve toplam sağlık harcamaları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Yüksek maliyetli, gereksiz ilaç kullanımı ülke ekonomisine ağır yükler getirmektedir. Gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerin dışarıdan ilaç ithal etmek zorunda oldukları düşünülecek olursa bu durum ekonomik çöküntüyü bir kat daha arttırır. Bu da sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve sunumunda kaynak yetersizliği nedeniyle kalitenin azalmasına neden olmaktadır (Grand ve ark 1999).

Akılcı ilaç kullanımında şunlara dikkat edilmelidir;

- Her bireyin sağlık sorunu farklıdır ve kişiye özel tedavi gerektirir. Bir başkasının kullandığı ilacı kendimize de iyi gelir diyerek kullanmak hatadır.
- İlaçların kutusu üzerinde ve prospektüsünde bulunan uyarılara dikkat edilmelidir.
- İlaçların son kullanma tarihlerine bakılmalıdır.
- Reçete yazımı ve yanıtlanmasında görevli olan kişilerin hastaları uygulanacak ilaç tedavisi hakkında bilgilendirmesi gerekir.
- İlaçların dozaj rejimine uymak ve ne kadar süre ile kullanılacağını mutlaka doktora sormak gerekir.
- İlaç kullanırken hangi yiyecek ve içeceklerden uzak durulacağını bilmek gerekir.

İlaç, hastaların kendi tercihleri ile seçmedikleri zorunlu bir tüketim maddesidir. Doğru kullanıldığında insan yaşamını tehdit eden hastalıklara derman olurken, yanlış kullanıldığında ölüme dahi sebebiyet verebilir. Çünkü, bütün ilaçlar insan bedenine yabancı maddelerdir ve toksikdirler (Keklik 2005).

2.3.1. Akılcı olmayan ilaç kullanımının altında yatan faktörler

Bu başlık altında ele alınabilecek sosyal, kültürel, ekonomik özelliklere, yönetsel ve düzenleyici mekanizmalar ile eğitime ait pek çok faktör etki edebilir. Ancak genel olarak aşağıda belirtildiği şekilde sınıflandırılabilirler (Işık 1997).

2.3.1.1. Doktorlardan kaynaklanan nedenler

- Eğitim ve bilgi yetersizliği
- Objektif ilaç bilgi eksikliği
- Aşırı hasta yükü
- Sosyal-politik-yönetimsel baskılar
- Sınırlı deneyimlerin genellenmesi
- İlaçların etkisine dair yanlış inanışlar
- Etik olmayan tutum ve davranışların uygulanacak tedavi yöntemini belirlemesi

2.3.1.2. Hastalardan kaynaklanan nedenler

- Yanlış ya da olmayan ilaç bilgisi
- Yanlış inanış ve saplantılar
- Yanlış beklenti ve talepler
- Reçeteye uymama
- Yaygın kendi kendini tedavi
- İlaç kullanım şekillerine ve sürelerine uymama

2.3.1.3. İlaç sağlama sisteminden kaynaklanan nedenler

- Gerektiği zaman, gerektiği kadar, gereken ilacın sağlanamaması
- Özel eczanelerde reçetesiz ilaç satışı
- Özel eczanelerde reçete içeriği dışında ilaç hazırlanması

2.3.1.4. Sağlık sistemi ve düzenleme mekanizmalarından kaynaklanan nedenler

- Temel ilaç listelerinin ve standart tanı tedavi kriterlerinin olmaması
- Temel olmayan ilaçlara daha kolay ulaşılabilirlik
- Etkisiz veya olmayan ilaç politikaları- ilaç yönetimi
- Düzenleme (ruhsatlandırma, etkili ve sürekli denetim) mekanizmalarının yetersizliği
- Mevzuat yetersizliği ve/veya yaptırım gücünün düşüklüğü
- İlaç fiyatlandırma sistemi ve denetimindeki yetersizlik
- İlaç endüstrisinin etkisi

2.3.1.5. İlaç promosyonundan kaynaklanan nedenler

- Aşırı ve yasal olmayan promosyon
- Uygun olmayan talepler
- Tarafalı, yetersiz ve yanlış bilgilendirme

2.3.2. Akılcı ilaç kullanımında izlenilmesi gereken yöntemler

Akılcı ilaç kullanımı konusunda izlenilmesi gereken politika stratejileri temelde üç başlıkta ele alınabilir.

2.3.2.1. Arz yönlü akılcı ilaç kullanımı politika stratejileri

2.3.2.1.A. İlaç firmaları hekim ilişkilerini doğru yöne çekmek

Hekimler (istisnalar hariç) genellikle ilaç firmalarının pazarlama zincirindeki birer halkası gibi çalışmaktadırlar. Hekimin pazarlamacı rolünü üstlenmesi bir çok açıdan sakıncalıdır. Bunlar; hekimin esas fonksiyonu olan hasta muayene, teşhis ve tedaviye az zaman ayırması, ilaç firmaları ile hak etmediği çıkar ilişkisine girmesi şeklinde ortaya çıkabilmektedir.

Dolayısıyla hekim-ilaç firması ilişkilerini doğru ölçüğe çekmek için bu konuda bir ulusal politikanın benimsenmesi ve hastane yönetimi tarafından da uygulanması gerekir.

2.3.2.1.B. Reçete yazımı ve cevaplanması

Akılcı ilaç kullanımı sürecinde temel girdilerden birisi de reçete yazımıdır. Teşhis konulduktan sonra, ilacın gerekli olup olmadığına hekim hiçbir dış faktörün (ilaç firmaları, ilacın markası, hastanın bilinçsiz talebi ve ısrarı vb) etkisinde kalmadan karar vermeli ve ilaç kullanımı gerekiyorsa, en uygun (maliyet-etki) olan ilacı reçete etmelidir. Kısacası hekimlerin reçete yazma alışkanlığı rasyonaliteye dayanmalıdır.

Eczacılar hastaları ilaç kullanımı konusunda eğitmelidir. Eczacıların, ilaçların akılcı kullanımı sürecindeki önemi ilaçların reçete edilmesinden sonraki aşama olan reçetenin yanıtlanması yani ilaçların hastaya verilmesi aşamasıdır. Reçete yanıtlanma aşamasında eczacılar hastanın tedavi etkililiğini, ticari kaygılara tercih etmelidirler.

2.3.2.1.C. Jenerik isim uygulamasına geçmek

Çoğu Avrupa ülkesinde olduğu gibi Türkiye’de de ilaçlar reçete edilirken ilacın piyasa adı yerine ilacın jenerik adının (ilaç etken maddesinin) kullanılması suretiyle tedavi etkililiğinde eş değer olan ancak daha az maliyetli olan ilaçların tercih edilmesi sağlanabilir. İlaçların reçete edilmesinde maliyet-etkili bir reçete tercihi (eş değer işlevi görecektir ilaçlar arasından en az maliyetli olan ilaçların tercih edildiği bir reçetenin düzenlenmesi) yapılmış olunur.

2.3.2.1.D. Reçetesiz ilaç kullanımının önüne geçmek

İlaçların reçetesiz kullanımlarının önüne geçmek için, tüketicilerin bilinçlendirilmesi, eczacıların ticari kaygılardan arınmaları ve bu iki tarafın rasyonel davranmasını sağlayıcı resmi yaptırım ve cezai uygulama gerekir.

2.3.2.2. Talep yönlü akılcı ilaç kullanımı politika stratejileri

2.3.2.2.A. Tüketicilerin bilinçlendirilmesi

Akılcı ilaç kullanımı sürecinde tüketicilerin ilaçlar, hastalıklar ve genel anlamda sağlığın korunması ve geliştirilmesi konularında aydınlanmaları gerekmektedir. Bu bilinçlenme sürecinde eğitim kurumlarına, medyaya, hekimlere, eczacılara ve tüketicinin kendisine önemli roller düşmektedir.

2.3.2.3. Kamuya Düşen Düzenleyici ve Denetleyici Görevler

Her alanda olduğu gibi akılcı ilaç kullanımı sürecinde de kamu; ilaç endüstrisinin, hekimlerin, eczacıların ve tüketicilerin aykırı yönelimlerini önleyici yönde düzenlemeler ve denetlemeler yoluyla bu konuda kendisine düşeni yapmalıdır (Yıldırım ve Türkan 2000)

2.4. İlaç Harcamaları

Sağlık harcamalarında; 1970 yılı sonrasında önemli artış eğilimleri yaşanmıştır. Bu süreçte sağlık sektöründe ilaç harcamaları da önemli yer teşkil etmiştir. Günümüzde OECD ülkeleri başta olmak üzere gelişmiş ülkelerde ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı % 20'lere yaklaşmıştır. Ancak gelişmekte olan ülkelerde ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payının % 20-40 arasında olması dikkat çeken bir konudur. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerde kamu sağlık harcamalarının yaklaşık % 10-40'ı ilaç için yapılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin endüstrileşmiş ülkelere göre ilaç harcamalarına daha çok pay aktarmaları çeşitli görüşlerle açıklanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ilaç harcamalarının; sağlık harcamalarının temel unsurunu oluşturmasındaki başlıca faktörler; tedavi edici sağlık hizmetlerine daha çok öncelik verilmesi, ilaç sanayinde dışa bağımlılık, hızlı teknolojik gelişmelerin sonucunda piyasadaki ilaç çeşitliliğinin artması ve irrasyonel ilaç kullanımınıdır (Top ve Tarcan 2004).

OECD ülkeleri başta olmak üzere son 20 yılda ilaç endüstrisinde yaşanan gelişmeler toplumların sağlık statüleri üzerinde olumlu etkiler yapmasına rağmen piyasaya sunulan ilaç sayısının artması ile birlikte ülkelerin sağlık harcamaları içinde ilaç giderleri önemli bir yer tutmaya başlamıştır

Dünyada son yıllarda ulusal ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının % 7 ile % 66'sını oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ulusal ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının % 24 ile % 66'sını oluştururken, gelişmiş ülkelerde bu oran % 7 ile % 30 arasında değişmektedir. Türkiye'de son 5 yıllık dönemde ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının yarısından fazlasını oluşturmaktadır (Mollahaliloğlu ve ark 2006).

Türkiye'de ilaç ürünlerine yapılan sağlık harcamaları toplam sağlık harcamaları içinde oldukça yüksek bir paya sahiptir. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Emekli Sandığı,

Bağ-Kur ve diğer kamu kurumlarının 2003 yılında ilaç ürünleri için yaklaşık altı katrilyon Türk Lirası (beş milyar dolar) ilaç harcaması gerçekleştirdiği tahmin edilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumlarının toplam sağlık harcamaları içinde ilaç giderlerinin payı yaklaşık % 45-50 arasında seyretmektedir. Başka bir ifade ile Sosyal Güvenlik Kurumları toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yarısını ilaç ürünleri için kullanmaktadır. 1998-2002 döneminde Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tarafından gerçekleştirilen ilaç harcaması bu iki kurumun toplam sağlık harcamasının % 55-60'ını oluştururken; SSK ilaç harcamaları, kurumun toplam sağlık harcamasının % 33-38'ini oluşturmuştur. Devlet memurları ve bağımlıları için yaklaşık 600 trilyon TL ilaç ürünü harcaması yapmıştır. Bu devlet memurları için yapılan toplam sağlık harcamasının % 52 gibi büyük bir kısmını oluşturmaktadır. Sosyal güvenlik kapsamında olmayan bireylerin doğrudan kendileri tarafından ilaç alımı için yaptıkları harcamalarla ilgili kesin ve sağlıklı veriye ulaşmakta ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır (Akan 2006).

Günümüzde Türkiye'de toplam sağlık harcamalarının yarısını SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur gibi Sosyal Güvenlik Kurumları gerçekleştirmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumlarının ilaç için yaptığı harcamalar ise bu kurumların toplam sağlık harcamalarının nerdeyse yarısından daha fazla bir kısmını teşkil etmektedir. Ancak SSK ilaç politikası Bağ-Kur ve Emekli Sandığı ilaç politikasından farklı olduğundan, SSK toplam sağlık harcamalarının % 45'lik ilaç harcamaları oluşturmaktadır. SSK'nın bakmakla yükümlü olduğu birey sayısı Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'a göre çok daha fazla olmasına rağmen bu iki kurumun ilaç harcamasına yakın bir ilaç harcaması gerçekleştirmesi de başarı olarak nitelendirilebilir (Öztek ve ark 2003).

Tablo 2.1. Emekli sandığı, SSK, Bağ-Kur ve konsolide bütçe (devlet memurları) ilaç harcamaları, 2003 (YTL ; \$)

Kurum	İlaç harcaması		Kişi başı ilaç harcaması		İlaç harcaması/ sağlık harcaması (%)
	Milyon YTL	Milyar \$	YTL	\$	
Emekli sandığı	1.516.600	1.014	604	404	60
SSK	2.450.000	1.638	58	38	45
Bağ-kur	1.747.657	1.194	207	138	58
Devlet memurları	1.024.715	685	136	90	50
Toplam	6.738.972	4.531	-	-	-

Türkiye'de son 5 yıllık dönemde ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının yarısından fazlasını oluşturmaktadır (Mollahaliloğlu ve ark 2006). Tablo 2.1, şimdiye kadar

anlatılan kamu ilaç harcamalarının 2003 yılı için genel göstergelerini açıklamaktadır. Sağlık bakanlığı tarafından hazırlanan sağlıkta dönüşüm dokümanında ülke toplam sağlık harcamalarının % 40'ını ilaç harcamalarının oluşturduğu vurgulanmaktadır (Top ve Tarcan 2004).

Türkiye 2003 yılı verilerine göre 6,7 milyon YTL (4,5 milyar \$) ilaç harcaması yapmıştır. Tablo incelendiğinde daha önce de belirtildiği gibi SSK ilaç politikasının diğer kamu kurumlarına göre başarılı olduğu ortaya çıkmaktadır. SSK kişi başına yaklaşık 40 \$ ilaç harcaması yaparken, diğer Sosyal Güvenlik Kurumları SSK'ya göre 2-10 misli daha çok kişi başı ilaç harcaması yapmaktadır. Emekli sandığı kişi başına ilaç harcaması en yüksek sosyal güvenlik kurumudur. Bunda elbette kurum üyelerinin yaşlı insanlardan oluşması bir etkidir. Bu da emekli sandığının ilaç harcamalarını maliyet-etkin kılmak için stratejiler uygulaması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Ayrıca yukarıda verilen kişi başı ilaç harcamaları Türkiye 'de ilaç tüketiminin çok az olduğu yönündeki düşüncelerin yeniden gözden geçirilmesini gerektirmektedir. Tablo 2.1 ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarında önemli yere sahip olduğunu vurgulamaktadır

Birçok gelişmekte olan ülkede olduğu gibi Türkiye'de de antibiyotikler en çok tüketilen ilaç grubudur. Tablo 2.2 incelendiğinde ilaç tüketim modelinde büyük değişimlerin yaşanmadığı görülmektedir. 1999-2002 döneminde antibiyotikler, ağrı kesiciler, romatizmal ilaçlar, soğuk algınlığı ve öksürük şurupları ülke ilaç tüketiminin yaklaşık % 50'sini oluşturmaktadır. Bugün Türkiye'de ilaç tüketiminin yaklaşık % 30'unu antibiyotiklerin ve ağrı kesicilerin oluşturması akut hastalıkların yoğun bir şekilde yaşandığının bir belirtisi olarak değerlendirilmektedir (Top ve Tarcan 2004).

Tablo2.2. Türkiye’de tedavi gruplarına göre ilaç kullanım oranları (kutu)

Tedavi Grubu	1999 yılı (%)	2000 yılı (%)	2001 yılı (%)	2002 yılı (%)
Antibiyotikler	20.4	19.0	18.2	18.1
Ağrı kesici ilaçlar	13.2	12.0	12.1	12.3
Romatizmal ilaçlar	10.2	11.0	11.6	11.0
Soğuk algınlığı ve öksürük ilaçları	8.9	8.6	7.9	8.4
Vitaminler, mineraller ve kan yapıcı ilaçlar	7.2	7.3	6.5	6.4
Deri hastalıkları ilaçları	5.2	5.3	5.4	5.3
Sindirim sistemi ilaçları	5.0	5.3	5.2	5.2
Kalp ve damar hastalıkları ilaçları	4.4	4.8	5.5	6.3
Hormonlar	4.0	4.3	4.5	4.5
Kulak, burun, boğaz ve göz ilaçları	4.1	4.2	4.4	4.3
Sinir sistemi ilaçları	2.9	3.2	3.5	3.7
Spazm çözücü ilaçlar	1.7	1.7	1.7	1.7
Astım ilaçları	1.4	1.3	1.5	1.6
Antihistaminikler	1.3	1.4	1.3	1.2
Tansiyon düşürücüler ve diüretikler	1.0	1.0	1.1	1.0
Laksatifler	1.0	1.0	1.1	1.1
Diyabet ilaçları	0.8	0.8	1.1	1.2
Parazit ilaçları	0.9	1.0	0.7	0.7
Diğer ilaçlar	6.3	6.8	6.7	6.4

Günümüzde enfeksiyon hastalıklarının tedavisinde antibiyotiklerin kullanımı ve antibiyotik duyarlılık testlerinin standardizasyon eksikliği dirençli bakterilerin artışına neden olmaktadır. Benzer şekilde üriner sistem enfeksiyonlarının büyük kısmından sorumlu olan bakterilerde antibiyotik direncinin giderek arttığı gözlenmektedir (Türkmen 2002).

2.5. Üriner Sistem Enfeksiyonları ve Uygulanan Tedavi Yöntemleri

Üriner sistem enfeksiyonları her yıl milyonlarca insanı etkileyen ciddi bir sağlık problemidir. İnsanların üçte biri veya yarısının yaşamlarının bir döneminde üriner sistem enfeksiyonu geçirdikleri tahmin edilmektedir (Türkmen 2002).

Üroloji; hem kadın hem erkeklerde üriner sistemin hastalıklarıyla uğraşan bir tıp bilimidir. Üriner sistem; böbrekler, idrar boruları ve mesaneden oluşur. Tüm bu organların enfeksiyonları, mekanik hastalıkları, nörolojik bozuklukları, tümörleri, doğuştan bozuklukları, işlevsel bozukluklarının tedavisi ve bilimsel araştırmaları ile ilgilenir (Anafarta ve ark 1998).

2.5.1. Epidemiyoloji

Üriner sistem enfeksiyonlarının sıklığı; yaş, cinsiyet ve predispoze edici faktörlere göre değişiklik göstermektedir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan ülkelerde özellikle gebe kadınlarda bakteriüri prevalansı oldukça yüksektir. Yine hastanede yatanlarda üriner sistem enfeksiyonu insidansı, yatmayanlara göre daha yüksektir.

Çocukluk çağı döneminde erkek çocukların % 1'inin, kız çocukların % 3'ünün semptomatik üriner sistem enfeksiyonu geçirdiği tahmin edilmektedir. Okul öncesi ve okul dönemlerinde kız çocuklarda erkek çocuklara oranla daha sık görülür. Erişkin yaş grubunda üriner sistem enfeksiyonu prevalansı cinsel aktivite, gebelik, diyafram ve spermisit kullanımı gibi faktörlere bağlı olarak genç bayanlarda erkeklere göre 50 kat daha fazladır. Yaşın ilerlemesiyle her iki cinste de üriner sistem enfeksiyonu prevalansı artmakta ve 65 yaş üzerindeki erkeklerin % 10'u, kadınların % 20'sinde bakteriüri görülmektedir (Kalkan ve Demirdağ 2001).

2.5.2. Tedavi

Üriner sistem enfeksiyonu belirtilerini gösteren hastalara doğru bir tanı konulduktan sonra uygulanan tedavi yöntemleri spesifik ve nonspesifik olarak iki farklı kategoride değerlendirilebilir. Spesifik tedavi antibakteriyel tedavi olup, amacı üriner sistemden mikroorganizmaların eradike edilmesidir. Tedavi sonuçları idrar kültürlerinin izlenmesi ile değerlendirilir. Antibakteriyel tedavi 4 değişik yöntemle uygulanmaktadır

- 1) Tek doz kısa süreli (3 gün) antibiyotik tedavisi
- 2) 10-14 günlük tedavi
- 3) 6 haftalık uzun süre tedavi
- 4) Uzun süreli supresyon tedavisi

Nonspesifik tedavi yöntemlerinden biri hidrasyon olup günümüzde fazla önerilmemektedir. İdrar pH'sını düşürecek ilaçlar kullanılabilir. Ancak bu uygulamaya da günümüzde fazla yer verilmemektedir. Dizüri ve bögür ağrısı gibi semptomların varlığında analjezikler kullanılabilir. Üriner sistem enfeksiyonların tedavisinin esasını spesifik tedavi oluşturmaktadır. Antibakteriyel tedavi yöntemlerinden hangisinin seçileceğine hastanın cinsiyeti, predispoze edici faktörlerin olup olmadığı, semptomların süresi, idrar kültür sonuçları ve enfeksiyonun lokalizasyonuna göre karar verilir. Antibakteriyel tedavi yanı sıra, enfeksiyonu etkileyen predispoze edici faktörlerde ortadan kaldırılmalıdır (Kalkan ve Demirdağ 2001).

Üriner sistem enfeksiyonları tüm dünyada önemli bir morbidite kaynağıdır. *E. coli*, üriner sistem enfeksiyonlarının en sık rastlanan patojenidir. Üriner sistem enfeksiyonlarına

yol açan mikroorganizmaların birçoğunda antibiyotiklere karşı artan oranlarda direnç geliştiği görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde antibiyotiklerin yaygın bir şekilde kullanımına bağlı olarak, üriner sistem etkenlerinde antibiyotiklere direnç oranı diğer ülkelere göre daha yüksek bulunmaktadır. Erden ve Çalangu (2002) üriner enfeksiyonların ayaktan tedavisinde sık kullanılan antibiyotiklerden olan ampisilin, ko-trimoksazol, nitrofurantoin, florokinolonlar (norfloksasin, siprofloksasin ve ofloksasin), aminoglikozidler (gentamisin, tobramisin) ve seftriaksona karşı üriner *E. coli* suşlarının duyarlılığını araştırmışlardır. Sonuçta, *E.coli* suşlarının % 46.7'si ampisiline, % 58.5'i ko-trimoksazole duyarlı bulunmuştur. Nitrofurantoin duyarlılığı % 90.5'tir. Araştırmada kullanılan *E. coli* suşlarına karşı Norfloksasin % 89.6, siprofloksasin % 85, ofloksasin ise % 83.6 düzeyinde duyarlı bulunmuştur. Parenteral uygulanan etken maddelere yönelik duyarlılık ise seftriakson'da %66.6, gentamisin'de % 83.6, tobramisin'de ise % 92.1 olarak ifade edilmiştir. Son zamanlarda *E. coli* suşlarında kotrimoksazol ve ampisiline karşı direnç oluşumundaki yükseliş, üriner enfeksiyon tedavisinde florokinolonların kullanımını artırmıştır (Köksal 2006).

Öztürk ve ark (2001), üriner sistem enfeksiyonlarından izole edilen *E. coli* suşlarına karşı, ofloksasinin en yüksek etkiye sahip (% 97.7)antibiyotik olduğunu belirtmişlerdir. Siprofloksasin'in gram (-) enterik basillerde daha düşük konsantrasyonda etkisini göstermesi ve *P.aeruginosa*'ya karşı yüksek etkinliğe sahip olması komplike üriner sistem enfeksiyonlarında ilk tercih edilen antibiyotik olmasına sebep olmuştur. 3. ve 4. kuşak florokinolonların *S.pneumonia*'ya etkili olmaları solunum yolu enfeksiyonlarında kullanım alanı bulmalarını sağlamaktadır. Bu grupta yer alan grepafloksasin ve trovafloksasin yan etkileri nedeniyle kullanımdan kaldırılmıştır. Ülkemizde yeni florokinolonlardan sadece levofloksasin bulunmaktadır (Leblebicioğlu 2001). İlk florokinolonların çoğu benzer mutasyonlardan beraber etkilenmektedir. Bu nedenle çapraz direnç görülebilmektedir (Baştürk 2005). Özellikle son yıllarda üriner sistem enfeksiyonları tedavisinde kullanıma giren levofloksasine karşı direnç oranlarının (%38) yüksek bulunması, bu durumun florokinolonlar arasındaki çapraz dirençten kaynaklanabileceğini düşündürmektedir (Taşbakan ve ark 2004).

Üriner sistem enfeksiyonlarında yüksek direnç oranları yeni tedavi seçeneklerini gündeme getirmiştir. Üriner sistem enfeksiyonları (ÜSE) tedavisinde, ülkemizde yeni kullanıma giren fosfomisin, bakteri hücre duvarı sentezini inhibe ederek etkili olan bir ajandır. Fosfonik asit türevi olan fosfamisin oral alımı takiben hızla metabolize olur ve idrarla değişmeden atılır. Fosfomisin'in tek doz kullanım avantajı, düşük direnç oranları

nedeniyle komplike olmayan üriner sistem enfeksiyonları tedavisinde ilk tercih edilecek seçeneklerdendir (Taşbakan ve ark 2004).

Bozkurt ve ark (2005), *E. coli* suşlarının nitrofurantoin'e karşı gösterdikleri yüksek direnç (% 50.6) nedeni ile üriner sistem enfeksiyonlarının tedavisinde ilk seçenek olarak kullanılmaması gerektiği belirtilmiştir.

Sefuroksim, seftazidim ve seftriakson gibi sefalosporinler, üriner sistem enfeksiyonları tedavisinde etkili olan geniş spektrumlu antibiyotiklerdir. *E. coli* suşlarının seftazidime % 11.3 düzeyinde direnç gösterdikleri bildirilmiştir (Bozkurt ve ark 2005).

Gentamisin, tobramisin, netilmisin ve amikasinin yan etkilerindeki bazı farklılıklar ve direnç durumu dışında endikasyonları genel anlamda farklı değildir. Aminoglikozitler yalnızca idrar yolu enfeksiyonlarında tek başına kullanılırlar. Öztürk ve ark (2001), üriner patojenlerde aminoglikozitlere karşı % 50 oranında direnç gelişmesine rağmen bu grup antibiyotiklerin üriner sistem enfeksiyonlarında hala önemli bir etki oluşturduklarını belirtmişlerdir.

Tetrasiklinler, bakteri direnci nedeniyle değeri azalmış olan antibiyotiklerdendir.

Tanı ve tedavi maliyeti yüksek olan üriner sistem enfeksiyonlarında, bilinçsiz ve düzensiz ilaç kullanımı direnç oranlarını artırmakta ve kronik enfeksiyonlara neden olmaktadır. Üriner sistem enfeksiyonlarında dirençli mikroorganizmalar için tedavi seçenekleri arasında 2. kuşak florokinolonlar, aminoglikozidler, oral sefalosporinler, fosfamisin grubu antibiyotikler düşünülmelidir.

Gebelikte idrar yolu enfeksiyonları asemptomatik olabilir ve akut piyelonefrite doğru ilerlememesi için sefalosporinler kullanılabilir, ancak florokinolonlar ve tetrasiklinler kullanılmamalıdır.

Böbrek yetersizliğinde, normal olarak böbreklerden itrah edilen antibiyotikler dokularda birikir, doz azaltılmazsa toksik etki görülebilir. Bu durum özellikle çok dikkatli kullanılması gereken aminoglikozidler için söz konusudur, nitrofurantoin ise hiç kullanılmamalıdır (Kayaalp 1999).

Hastalık etkeninin tamamen ortadan kalkmasında hastanın tedaviye uyumunun önemi çok büyüktür. Doğru ilaç seçimiyle ortaya çıkan başarısızlık hastanın ilaç kullanım bilgisindeki yetersizliğinden kaynaklanabilir.

2.6. Antibiyotikler

Antibiyotikler, bakterileri yok edebilen, büyümelerini inhibe edebilen ve bu özellikleri ile enfeksiyonların tedavisinde kullanılan maddelerdir. Antibiyotikler bakteri hücre membranının yapısını bozarak, protein sentezini inhibe ederek, hücre duvarı

sentezini inhibe ederek ve nükleik asit yapısını bozarak etki gösterenler olarak gruplandırılabilir.

Son 50-60 yıl içinde kullanıma giren antibiyotikler insan yaşamında en önemli katkıyı sağlamış, ölümcül pek çok enfeksiyon hastalığının başarıyla tedavisini olanaklı kılmıştır. Antibiyotik tedavisi sırasında bazı faktörlerin dikkate alınması gerekmektedir. Hastanın alerjisinin olup olmadığı, bağışıklık sisteminin durumu, cinsiyeti, başka bir antibiyotik veya oral kontraseptif ilaç kullanıp kullanmadığı, gebe olup olmadığı, ilacın farmakokinetik özelliği, dokuya geçişi ve dokuda birikme durumları göz önünde bulundurulmalıdır. Antibiyotikler, virüsler üzerine etkili değildirler; bu nedenle sadece bakterilerin neden olduğu enfeksiyon hastalıklarının tedavisinde ve uygun dozda kullanılmaları gerekmektedir. Nedeni açıklanamayan ateşi olan hastalara ‘ampirik’ antibiyotik verilmesi, tanı konulmasını güçleştireceğinden hatalı bir yaklaşımdır (Bakır 2001).

Antibiyotikler, başta uygunsuz ve gereksiz kullanımları sonucu gelişen direnç nedeniyle etkilerini önemli oranda kaybetmişlerdir. Mikroorganizmalar kendilerini yok etmek için kullanılan antibakteriyel maddelere karşı direnç kazanmaktadır. Antibakteriyel maddelere karşı gelişen direnç günümüzde bütün insanlığı tehdit edecek düzeyde çok önemli bir sorundur. Başta hastanelerde pek çok ilaca karşı dirençli kökenlerle gelişen hastane enfeksiyonları hastanede kalışı ve ölüm oranlarını artırmakta ve ek bir maliyet oluşmasına neden olmaktadır. Artık günümüzde sadece hastane kökenli enfeksiyonlar değil toplum kökenli enfeksiyonlarda da direnç önemli oranlarda artmakta bu olay sorunu daha da büyütüp ciddi boyutlara taşımaktadır (Öztürk 2002).

Sağlık alanının tedavi hizmetlerine yönelik başta gelen sorunlarından biri gereksiz antibiyotik kullanımınıdır. Antibiyotikler dünyada en çok kullanılan ilaçların başında yer almasına rağmen irrasyonel şekilde kullanılmaktadır.

Ülkemizde antibiyotik grubu ilaçlar, ilaç tüketiminde birinci sırada yer almasına rağmen, enfeksiyon hastalıkları yüksek oranda görülmektedir. Bu bulgu enfeksiyon hastalıklarında, antibiyotiklerin beklenen sonucu vermediğini düşündürmektedir. Bunun nedeni düşünüldüğünde antibiyotiklerin en üst düzeyde yarar sağlayacak şekilde kullanılıp kullanılmadığı sorusu akla gelmektedir (Akkan 2005).

Ülkemizde antibiyotik grubu ilaçların bilinçsiz ve aşırı kullanılması önemli bir sorundur. Antibiyotiklerin aşırı ve yanlış kullanımı, sağlık için ayrılan kaynakların boşa harcanmasına, ekolojik dengeyi bozarak dirençli bakterilerin yaygınlaşmasına yol açmaktadır. Antibiyotiklerin aşırı ve yanlış kullanımı, tüm dünyada sorun olmakla beraber

en ağır ekonomik ve ekolojik etkileri, az gelişmiş ülkelerde görülmektedir. Ekonomik yetersizlikler; çevresel koşulların yetersizliğine, sağlık hizmetlerini talep etme güçlüğüne neden olabildiği gibi önerilen tedaviyi uygulama konusunda aksamalara da neden olabilmekte bireyleri çabuk, ucuz, uygunsuz tedavi yollarına itebilmektedir. Reçetesiz ilaç alımındaki kolaylık, özellikle antibiyotiklerin uygun olmayan şekilde kullanımını da arttırabilmektedir (Kırçan ve ark 2004).

Yukarıda belirtilen bütün bu nedenlere bağlı olarak gelecekte daha da karmaşık direnç mekanizmaları geliştireceği öngörülen bakterilere karşı uygulanabilecek en etkin ve kolay yöntem akılcı ve rasyonel antibiyotik kullanımudur. Rasyonel antibiyotik kullanımının temel ilkeleri doğru ilacın, doğru endikasyonla, doğru dozda, doğru zamanda ve doğru yoldan uygulanmasıdır. Rasyonel antibiyotik kullanımının etkin bir biçimde uygulanması, direnç gelişimin kontrolündeki en önemli ve temel basamaktır. Son yıllarda bazı antibiyotiklerin sadece enfeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından verilmesine onay veren yasa ile birlikte irrasyonel antibiyotik kullanımında ve bunun getirdiği ülke ekonomisinde yaratılan mali yükteki önemli azalma, kanunların desteğinin, yani Sağlık Bakanlığı uygulamalarının önemini açık bir biçimde ortaya koymuştur. Elbette ki uygunsuz antibiyotik kullanımının tek olumsuz sonucu ekonomik yük değildir. İlaç yan etkilerine ve tedavi başarısızlığına bağlı morbidite ve hatta mortalite ve selektif baskıya bağlı direncin indüklenmesi diğer önemli sonuçlardandır. Bu amaçla antibiyotik üreticisi firmalar, eczacılar ve hekimler sürekli işbirliği içinde çalışmalı ve mutlaka görsel ve yazılı basın organlarının desteği ile toplum da eğitilerek uygun antibiyotik kullanımı konusunda bilinçli insanların oluşturduğu bir ortam yaratılmalıdır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın desteğiyle sürekli ve periyodik biçimde eczacı ve hekimlere rasyonel antibiyotik kullanımına yönelik eğitim seminerleri düzenlenmelidir (Ünal 2005). Toplumun ilaç kullanma alışkanlıkları konusunda eğitimine destek olmak amacıyla kişilerin ilaç kullanım alışkanlıklarının saptanması önemlidir.

Bu araştırmada, Haydarpaşa Numune Hastanesi Üroloji servisinde başvuran ve kendisine reçete yazılmış hastalarda ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi ve reçetelerindeki farklılıklarının değerlendirilmesi konusunda bir durum saptaması amaçlanmıştır.

3. MATERYAL ve METOT

Kesitsel analitik tipteki bu araştırmanın evrenini Haydarpaşa Numune Hastanesi Üroloji Polikliniğine Eylül-Ekim 2006 tarihleri arasında başvuran kişilerden, muayene edildikten sonra reçete yazılan hastalar oluşturmaktadır. Yüz yüze görüşme metodu kullanılarak uygulanan anketle 300 kişiye ulaşılmıştır. Anket formu poliklinikte görev alan tıp öğrencileri ve gönüllü sağlık personelleri tarafından uygulanmıştır. Anketi yanıtlayan hasta reçetelerinin bir örneği reçete maliyetlerinin hesaplanması ve aynı reçetelerin maliyetine etki eden faktörlerin tanımlanması için gönüllü sağlık personelleri tarafından hasta izniyle alınmış; reçete maliyeti değerlendirilmesinde, Sağlık Bakanlığının 08 Aralık 2006 tarihli ilaç fiyat listesi esas alınmıştır.

Anket formunda ilk 8 soru tanımlayıcı özellikleri, geri kalan 21 soru ilaç kullanımına ait bilgileri almaya yöneliktir. Anketin güvenilirliğini tespit etmek için evrendeki 21 kişiye ön çalışma yapılmıştır. SPSS istatistik programındaki güvenilirlik analizinde Cronbach Alfa Katsayısı kullanılmıştır. Test sonucunda, oldukça güvenilir kabul edilen güvenilirlik katsayısı alfa % 64.76 bulunduğu için sorularda herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Veriler SPSS 10 istatistiksel paket programına aktarılarak yüzde dağılımları incelenmiş, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında, ki-kare testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyo-demografik Özellikler

Araştırma süreci içinde ankete katılanların bazı sosyo-demografik özelliklerine ilişkin veriler aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi ankete katılan hastaların % 49.3’ü erkek, %50.7’si kadındır. Hastaların % 78’i 44 yaş ve aşağısını oluşturmaktadır. Bu oran katılımcıların genç nüfustan oluştuğunu göstermektedir.

Katılımcıların % 30.7’si yüksekokul mezunu, % 34.7’si lise mezunudur. İlkokul ve ortaokul mezunu olanlar % 32.7 iken okur yazar olmayan grup yalnızca % 2’lik kısmı oluşturmaktadır.

İncelenen kişilerin % 44.3’lük bir kısmının gelir seviyesi 500-999 YTL iken %27’lik kısmının gelir seviyesi 0-499 YTL’ dir. Hastalar ekonomik olarak orta seviyededir.

Tablo 4.1’den hastaların % 59’luk bir kısmının çalıştığı görülmektedir. Katılımcıların % 13.7’si memur, % 32.3’ü işçi olduğunu belirtmiştir. Öğrenciler % 19.7’lik bir kısmını oluşturmaktadır.

Katılımcıların % 9.0’ının sağlık güvencesi yok iken, % 59.7’si SSK’ya, % 17.7’si Emekli Sandığına, % 12.7’si Bağ-Kura bağlıdır.

Tablo 4.1. Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı

		Katılımcı sayısı	% Oran
Cinsiyet	Erkek	148	49.3
	Kadın	152	50.7
	Toplam	300	100
Yaş	0-14	14	4.7
	15-24	68	22.6
	25-34	92	30.7
	35-34	60	20.0
	45≥	66	22.0
	Toplam	300	100
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	6	2.0
	İlkokul	60	20.0
	Ortaokul	38	12.7
	Lise	104	34.7
	Yüksekokul	92	30.7
	Toplam	300	100
Gelir seviyesi	0-499	81	27.0
	500-999	133	44.3
	1000-1499	54	18.0
	1500-1999	20	6.7
	2000≥	12	4.0
	Toplam	300	100
Çalışma durumu	Çalışıyor	177	59.0
	Çalışmıyor	123	41.0
	Toplam	300	100
Meslek	Ev hanımı	61	20.3
	Öğrenci	59	19.7
	İşçi	97	32.3
	Memur	41	13.7
	Serbest meslek	42	14.0
	Toplam	300	100
Sağlık güvencesi	Yok	27	9.0
	SSK	179	59.7
	Emekli sandığı	53	17.7
	Bağ-Kur	38	12.7
	Diğer	3	1.0
	Toplam	300	100

(Diğer: özel sağlık sigortası)

4.2. İlaç Kullanım Alışkanlıkları

Ankete katılan hastaların ilaç kullanım alışkanlıkları ile ilgili sorulara verdikleri cevapların yüzde dağılımları Tablo 4.2. ve 4.3’de görülmektedir.

Tablo 4.2. Hastaların ilaç kullanımındaki tutumları

		Katılımcı sayısı	% Oran
İlaç kullanırken doktor talimatına dikkat eder misiniz?	Evet	281	93.7
	Hayır	19	6.3
	Toplam	300	100
İlaçların son kullanma tarihine dikkat eder misiniz?	Evet	268	89.3
	Hayır	32	10.7
	Toplam	300	100
Son kullanma tarihi geçmiş ilacı kullanır mısınız?	Evet	16	5.3
	Hayır	283	94.4
	Cevapsız	1	0.3
	Toplam	300	100
Kullanılmayan ilacı evde bulundurur musunuz?	Evet	121	40.3
	Hayır	179	59.7
	Toplam	300	100
Reçetede ilacın kullanımını sorar mısınız?	Evet	270	90.0
	Hayır	30	10.0
	Toplam	300	100
Faydasını gördüğünüz ilacın reçeteye yazılmasını ister misiniz?	Evet	224	74.7
	Hayır	75	25.0
	Cevapsız	1	0.3
	Toplam	300	100
Kullandığınız ilacı tedavi süresinden önce bıraktığınız oldu mu?	Evet	193	64.3
	Hayır	107	35.7
	Toplam	300	100
İlaç almayı unuttuğunuzda ertesi gün dozu artırır mısınız?	Evet	18	6.0
	Hayır	282	94.0
	Toplam	300	100
İlaç almayı unuttuğunuzda aynı gün dozu artırır mısınız?	Evet	20	6.7
	Hayır	280	93.3
	Toplam	300	100
İyileştiginize kanaat getirdiğinizde ilacı keser misiniz?	Evet	162	54.0
	Hayır	138	46.0
	Toplam	300	100
Enfeksiyona yakalandığınızda doktora gider misiniz?	Evet	233	77.7
	Hayır	67	22.3
	Toplam	300	100.0
Reçetesiz antibiyotik alır mısınız?	Evet	99	33.0
	Hayır	201	67.0
	Toplam	300	100
Antibiyotik etkisini göstermezse ilacı bırakır mısınız?	Evet	151	50.3
	Hayır	149	49.7
	Toplam	300	100

Tablo 4.3. Hastaların ilaç kullanımındaki tutumları

		Katılımcı sayısı	% Oran
Prospektüs okuma alışkanlığınız nedir?	Çoğunlukla	168	56,0
	Bazen	78	26,0
	Çok az	28	9,3
	Hiç	26	8,7
	Toplam	300	100
Hastalandığınız zaman ilk olarak ne yaparsınız?	Doktora gitme	158	52,7
	Eczacı tavsiyesi ile ilaç alma	13	4,3
	Çevreden ilaç isteme	26	8,7
	Evdeki ilacı kullanma	102	34,0
	Cevapsız	1	0,3
	Toplam	300	100
Geçirmiş olduğunuz hastalığın belirtisini gösteren kişiye ne önerirsiniz?	Kullanılan ilacı	76	25,3
	Hastaneye gitmeyi	214	71,4
	Dinlenmeyi	9	3,0
	Cevapsız	1	0,3
	Toplam	300	100
Doktora ilaçla ilgili en çok neyi sorarsınız?	Yan etki	96	32,0
	Kullanım şekli	154	51,3
	Tedavi süresi	29	9,7
	Dozu	10	3,3
	Maliyeti	11	3,7
	Toplam	300	100
Antibiyotik kullanımında en fazla neye dikkat edersiniz?	Tedavi süresi	79	26,3
	Doz aralığı	46	15,4
	Günlük dozu	63	21,0
	Yan etki	112	37,3
	Toplam	300	100
Antibiyotik kullanma süresini neye göre belirlersiniz?	Doktorun tavsiye ettiği zaman	203	67,7
	İyileşme zamanı	85	28,3
	Prospektüs	12	4,0
	Toplam	300	100
Devletin karşılamadığı ilaç reçete yazılı ise satın alır mısınız?	Evet	210	70,0
	Benzer etkiyi gösteren ilacı satın alma	78	26,0
	Hayır	12	4,0
	Toplam	300	100

Tablo 4.2. incelendiğinde; hastaların % 93,7'lik bir kısmı ilaç kullanırken doktor talimatına dikkat ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların % 5,3'ü son kullanma tarihi geçmiş ilacı kullandıklarını, % 40,3'ü evlerinde kullanılmayan ilaç bulduklarını, % 90'ı ise

reçetede ki ilaçların kullanımını doktorlarına sorduklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların % 74,7'si önceden faydası görülen ilacı reçeteye yazmasını doktordan istediklerini, % 64,3'ü doktorun önerdiği ilacı kullanılması gereken süreden önce bıraktıklarını, % 94'ü günde bir kez kullandıkları ilacı o gün almayı unuttuklarında ertesi gün kullanılacak dozu artırmadıklarını belirtmiştir. Hastaların % 93,3'ü sabah-akşam kullanılan bir ilacın herhangi bir vaktini kaçırdıklarında dozu artırmadıklarını, % 54'ü iyileştiklerine kanaat getirdiklerinde ilacı doktora sormadan kestiklerini, % 77,7'si herhangi bir enfeksiyona yakalandıklarında doktora gittiklerini, % 67'si ise reçetesiz antibiyotik almadıklarını belirtmiştir. Doktorun söylediği zaman aralığında antibiyotik etkisini göstermezse katılımcıların % 50,3'ü ilacı kullanmayı bıraktıklarını belirtmiştir.

Hastaların yarısından fazlası (% 56) prospektüsleri çoğunlukla okuduklarını belirtirken, prospektüs okumayanlar ise % 8,7'dir. Katılımcıların % 34'ü hastalandıkları zaman evde var olan ilacı kullandığını, % 52,7'si doktora gittiğini belirtmiştir. "Daha önce geçirmiş olduğunuz hastalığın belirtilerini gösteren kişiye ne yapmasını önerirsiniz" sorusuna katılımcıların % 71,3'ü "hastaneye gitmesini öneririm" cevabını vermiştir. Katılımcıların % 51,3'ü ilacın kullanım şeklini, % 32'si yan etkisini doktora sorduklarını; % 70'i devletin karşılamadığı ilacı satın aldığını, % 37,3'ü antibiyotik kullanırken en çok yan etkisine, % 26,3'ü tedavi süresine, % 21'i günlük dozuna, % 15,3'ü doz aralığına dikkat ettiklerini belirtmiştir. Katılımcıların % 67,7'si antibiyotik kullanma süresini doktor tavsiyesine göre belirlediklerini belirtmiştir (Tablo 4.3.).

4.2.1. Cinsiyet faktörüne göre hasta tutumları

Anketi cevaplayan kişilerin hasta olduklarındaki tutumlarının, cinsiyete göre dağılımı aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 4.4. Doktor talimatına gösterilen dikkat.

Cinsiyet	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Erkek	135	91.2	13	8.8	148	100
Kadın	146	96.1	6	3.9	152	100
Toplam	281	93.7	19	6.3	300	100

Erkeklerin % 91,2'si, kadınların % 96,1'i ilaç kullanırken doktor talimatına dikkat ettiklerini belirtmişlerdir. Cinsiyet farklılığının doktor talimatına uyum noktasında etkisine ilişkin istatistiksel farklılık görülmemiştir (P>0.05)

Tablo 4.5. Prospektüs okuma sıklığı.

Cinsiyet	Çoğunlukla		Bazen		Çok az		Hiç		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Erkek	63	42.6	46	31.1	17	11.5	22	14.9	148	100
Kadın	105	69.1	32	21.1	11	7.2	4	2.6	152	100
Toplam	168	56.0	78	26.0	28	9.3	26	8.7	300	100

Farklı cinsiyetteki hastaların prospektüs okuma alışkanlığı sorgulandığında, erkeklerin % 42.6'sı "çoğunlukla" okuduğunu belirtirken. bayanlarda bu oran % 69.1'dir. Belirtilen sayısal farklılıklar istatistiksel olarak anlam ifade etmektedir (P<0.05).

Tablo 4.6. İlaçların son kullanma tarihine gösterilen dikkat.

Cinsiyet	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	%Oran
Erkek	125	84.5	23	15.5	148	100
Kadın	143	94.1	9	5.9	152	100
Toplam	268	89.3	32	10.7	300	100

Erkeklerin % 84.5'i. kadınların ise %94.1'i evlerinde bulunan ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat ettiklerini belirtmiştir (P<0.05).

Tablo 4.7. Bireylerin hasta oldukları zamanlardaki tutumları

Cinsiyet	Doktora gitme		Çevreden ilaç isteme		Eczacı tavsiyesi ile ilaç alma		Evdeki ilacı kullanma		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Erkek	74	50.0	9	6.1	17	11.5	48	32.4	148	100
Kadın	84	55.6	4	2.6	9	6.0	54	35.8	151	100
Toplam	158	52.8	13	4.3	26	8.7	102	34.1	299	100

Hastalandıkları zaman erkeklerin % 50'si. kadınların % 55.6'sı doktora gittiklerini; erkeklerin % 32.4'ü. kadınların % 35.8'i evde olan ilaçları kullanmayı tercih ettiklerini belirtmişlerdir (P>0.05).

Tablo 4.8. Tarihi geçmiş ilaç kullanım alışkanlığı

Cinsiyet	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Erkek	14	9.5	134	90.5	148	100
Kadın	2	1.3	150	98.7	152	100
Toplam	16	5.3	284	94.7	300	100

Erkek hastaların % 9.5'i. son kullanma tarihi geçmiş ilaçları kullandıklarını belirtmiştir. Bu oran kadınlarda % 1.3 düzeyindedir (P<0.05).

Tablo 4.9. Kullanılmayan ilacı evde bulundurma alışkanlığı

Cinsiyet	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Erkek	71	48.0	77	52.0	148	100
Kadın	50	32.9	102	67.1	152	100
Toplam	121	40.3	179	59.7	300	100

Kullanılmayan ilaç bulundurma alışkanlığında erkek (% 48) ve kadın (%32.9) hastalarda belirlenen düzeyler istatistiksel olarak anlam taşımaktadır ($P<0.05$).

Tablo 4.10. Reçetede ilacın kullanımını hakkında bilgi alma tutumu

Cinsiyet	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Erkek	127	85.8	21	14.2	148	100
Kadın	143	94.1	9	5.9	152	100
Toplam	270	90.0	30	10.0	300	100

Erkeklerin % 85.8'i, kadınların ise % 94.1'i reçetede ilaçları nasıl kullanacaklarını doktora sorduklarını belirtmiştir. Reçetede yer alan ilaçların kullanımının sorgulanması noktasında cinsiyet önemli bir faktördür ($P<0.05$).

Tablo 4.11. Faydası görülen ilacın reçeteye yazılmasını isteme alışkanlığı

Cinsiyet	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Erkek	110	74.3	38	25.7	148	100
Kadın	114	75.5	37	24.5	151	100
Toplam	224	74.9	75	25.1	299	100

Daha önce kullanıp faydası görülen ilaçların reçeteye yazmasını doktordan isteyen erkek hastaların oranı % 74.3 iken bu kadın hastalarda ise % 75.5'tir ($P>0.05$).

Tablo 4.12. İlaçların temin edildiği yer

Cinsiyet	Ev		Çevre		Eczane		Doktor		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Erkek	18	12.2	7	4.7	97	65.5	26	17.6	148	100
Kadın	21	13.8	5	3.3	101	66.4	25	16.4	152	100
Toplam	39	13.0	12	4.0	198	66.0	51	17.0	300	100

Katılımcılara hasta olduklarında ilacı nereden temin ettikleri sorulduğunda, kadın hastaların % 16,4'ü doktorun tavsiye ettiği ilaçları aldıklarını belirtmişlerdir. Cinsiyete göre verilen cevaplarda istatistiksel olarak anlamlı farkın bulunmadığı saptanmıştır (P>0.05)

Tablo 4.13. İlacı tedavi süresinden önce bırakma alışkanlığı

Cinsiyet	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Erkek	90	60.8	58	39.2	148	100
Kadın	103	67.8	49	32.2	152	100
Toplam	193	64.3	107	35.7	300	100

İlaç kullanımını gereken süreden önce bırakma alışkanlığında cinsiyetin önemli bir faktör olmadığı belirlenmiştir (P>0.05).

Tablo 4.14. Unutulan ilacın ertesi gün dozunu artırma durumu

Cinsiyet	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Erkek	10	6.8	138	93.2	148	100
Kadın	8	5.3	144	94.7	152	100
Toplam	18	6.1	282	94.0	300	100

Erkeklerin % 6.8'i, kadınların % 5.3'ü günde bir kez kullandıkları ilacı o gün almayı unuttuklarında ertesi gün kullanılacak dozu artırdıklarını belirtmişlerdir (P>0.05).

Tablo 4.15. Unutulan ilacın aynı gün dozunu artırma durumu

Cinsiyet	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran
Erkek	12	8.1	136	91.9	148	100
Kadın	8	5.3	144	94.7	152	100
Toplam	20	6.7	280	93.3	300	100

Günde iki kez kullanılan bir ilacın bir dozunun kaçırıldığı durumlarda ikinci dozda kullanılan ilaç miktarını artırdığını belirten erkek ve kadın katılımcılar arasında istatistiksel fark görülmemiştir (P>0.005)

Tablo 4.16. İyileşme kanaati ile ilacı kesme tutumu

Cinsiyet	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Erkek	78	52.7	70	47.3	148	100
Kadın	84	55.3	68	44.7	152	100
Toplam	162	54.0	138	46.0	300	100

Katılımcıların iyileştiklerine kanaat getirdiklerinde kullanmakta oldukları ilaçları doktora sormadan bırakma tutumlarında cinsiyete göre istatistiksel olarak farklılık görülmemiştir ($P>0.05$).

Tablo 4.17. Doktora ilaç hakkında bilgi sorma alışkanlığı

Cinsiyet	Yan etki		Kullanım şekli		Tedavi süresi		Doz		Maliyet		Toplam	
	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran
Erkek	59	39.9	62	41.9	10	6.8	8	5.4	9	6.1	148	100
Kadın	37	24.3	92	60.5	19	12.5	2	1.3	2	1.3	152	100
Toplam	96	32.0	154	51.3	29	9.7	10	3.3	11	3.7	300	100

Erkeklerin % 41.9'u ilaçla ilgili en çok kullanım şeklini, % 39.9'u yan etkisini, % 6.8'i süresini, % 5.4'ü dozu, % 6.1'i maliyetini sorduğunu belirtmiştir. Kadınların % 60.5'i kullanım şeklini, % 24.3'ü yan etkisini, % 12.5'i süresini, % 1.3'ü dozu ve %1.3'ü maliyetini sorduğunu belirtmiştir. Hastaların doktora yönelttikleri sorularda istatistiksel olarak cinsiyete göre anlamlı farklılıklar görülmektedir ($P<0.05$).

Tablo 4.18. İlaç satın alma tutumu

Cinsiyet	Satın alırım		Benzer ilaç alma		Satın almam		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Erkek	101	68.2	42	28.4	5	3.4	148	100
Kadın	109	71.7	36	23.7	7	4.6	152	100
Toplam	210	70.0	78	26.0	12	4.0	300	100

Erkek hastaların % 68.2'si sosyal güvenceye sahip olduklarında devletin karşılamadığı ilacı reçetede yazılı ise satın aldıklarını belirtmiştir. Eczaneden benzer etkiyi gösteren ilacı satın alanlar ise erkeklerde % 28.4, kadınlarda % 23.7 olarak belirlenmiştir. Belirtilen unsurlar arasında cinsiyet faktörünün katkısı görülmemektedir ($P>0.05$).

Tablo 4.19. Enfeksiyon olgularında doktora gitme tutumu

Cinsiyet	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Erkek	113	76.4	35	23.6	148	100
Kadın	120	78.9	32	21.1	152	100
Toplam	233	77.7	67	22.3	300	100

Erkeklerin % 76.4'ü, kadınların % 78.9'u enfeksiyona yakalandıklarında doktora gittiklerini belirtmiştir (P>0.05).

Tablo 4.20. Reçetesiz antibiyotik satın alma tutumu

Cinsiyet	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Erkek	57	38.5	91	61.5	148	100
Kadın	42	27.6	110	72.4	152	100
Toplam	99	33.0	201	67.0	300	100

Rahatsızlandıkları zaman erkeklerin % 38.5'i, kadınların % 27.6'sı eczaneden reçetesiz antibiyotik aldıklarını belirtmiştir. Reçetesiz antibiyotik alma tutumu cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark içermektedir (P<0.05).

Tablo 4.21. Antibiyotik kullanımı esnasında dikkat edilen unsurlar

Cinsiyet	Tedavi süresi		Doz aralığı		Günlük doz		Yan etki		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Erkek	44	29.7	23	15.5	25	16.9	56	37.8	148	100
Kadın	35	23.0	23	15.1	38	25.0	56	36.8	152	100
Toplam	79	26.3	46	15.3	63	21.0	112	37.3	300	100

Antibiyotiklerin kullanımı esnasında erkek katılımcıların % 37.8'i yan etkisine, %15.5'i ise doz aralığına dikkat ettiklerini belirtmiştir. Belirtilen sorulara kadın katılımcıların verdikleri cevaplara ilişkin sayısal değerlerde benzerlik izlenmektedir (P>0.05).

Tablo 4.22. Etkisi görülmediği düşünülen antibiyotik kullanımına son verme tutumu

Cinsiyet	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Erkek	82	55.4	66	44.6	148	100
Kadın	69	45.4	83	54.6	152	100
Toplam	151	50.3	149	49.7	300	100

Her iki cinsiyette yer alan katılımcılar, hekim tavsiyesi ile belirtilen sürede kullandıkları antibakteriyel ilaçlardan şifa görmediklerini düşündüklerinde ilaç kullanımına son vermektedirler ($P>0.05$).

Tablo 4.23. Antibiyotik kullanım süresine etki eden faktörler

Cinsiyet	Doktorun tavsiye ettiği zaman		İyileşme zamanı		Prospektüs		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Erkek	90	60.8	50	33.8	8	5.4	148	100
Kadın	113	74.3	35	23.0	4	2.6	152	100
Toplam	203	67.7	85	28.3	12	4.0	300	100

Antibiyotik kullanma süresini erkek hastaların % 60,4'ü, kadın hastaların % 74,3ü doktorun söylediği zamana göre belirlediklerini belirtmişlerdir. Katılımcıların antibiyotik kullanım süresi cinsiyet farkına göre anlamlı şekilde değişmektedir ($P<0.05$).

4.2.2. Yaş faktörüne göre hasta tutumları

Anketi cevaplayan kişilerin hasta olduklarındaki tutumlarının, yaş'a göre dağılımları aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 4.24. Prospektüs okuma sıklığı

Yaş	Çoğunlukla		Bazen		Çok az		Hiç		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
0-14	2	14.3	8	57.1	2	14.3	2	14.3	14	100
15-24	37	54.4	15	22.1	9	13.2	7	10.3	68	100
25-34	62	67.4	20	21.7	8	8.7	2	2.2	92	100
35-44	35	58.3	14	23.3	5	8.3	6	10.0	60	100
45≥	32	48.5	21	31.8	4	6.1	9	13.6	66	100
Toplam	168	56.0	78	26.0	28	9.3	26	8.7	300	100

0-14 (% 14,3) ve 45≥ yaş grubu (% 13,6) hastaların prospektüs okuma sıklığı diğer yaş gruplarına göre daha düşük düzeydedir. Hastalar arasındaki yaş farkı prospektüs okuma alışkanlığını etkilemektedir ($P<0.05$).

Tablo 4.25. İlaçların son kullanma tarihlerine gösterilen dikkat

Yaş	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran
0-14	12	85.7	2	14.3	14	100.0
15-24	57	83.8	11	16.2	68	100.0
25-34	87	94.6	5	5.4	92	100.0
35-44	56	93.3	4	6.7	60	100.0
45≥	56	84.8	10	15.2	66	100.0
Toplam	268	89.3	32	10.7	300	100.0

Farklı amaçlarla evde bulundurulan ilaçların son kullanım tarihlerine dikkat edilmesinde yaş gruplarının benzer tavır sergilediği görülmüştür ($P>0.05$).

Tablo 4.26. Kullanılmayan ilaçları evde bulundurma alışkanlığı

Yaş	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran
0-14	8	57.1	6	42.9	14	100.0
15-24	31	45.6	37	54.4	68	100.0
25-34	35	38.0	57	62.0	92	100.0
35-44	26	43.3	34	56.7	60	100.0
45≥	21	31.8	45	68.2	66	100.0
Toplam	121	40.3	179	59.7	300	100.0

Kullanılmayan ve ihtiyaç fazlası ilaçların evlerde bulundurulması davranışında yaş grupları arasında benzerlik görülmektedir ($P>0.05$).

Tablo 4.27. Reçetede ilacın kullanımını hakkında bilgi alma tutumu

Yaş	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
0-14	12	85.7	2	14.3	14	100
15-24	59	86.8	9	13.2	68	100
25-34	88	95.7	4	4.3	92	100
35-44	52	86.7	8	13.3	60	100
45≥	59	89.4	7	10.6	66	100
Toplam	270	90.0	30	10.0	300	100

Reçetede yer alan ilaçların kullanımı hakkında hekimden bilgi alma alışkanlığında yaş grupları arasında istatistiksel fark bulunmamaktadır ($P>0.05$).

Tablo 4.28. Faydası görülen ilacın reçeteye yazılmasını isteme alışkanlığı

Yaş	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
0-14	6	42.9	8	57.1	14	100
15-24	49	72.1	19	27.9	68	100
25-34	69	75.0	23	25.0	92	100
35-44	45	76.3	14	23.7	59	100
45≥	55	83.3	11	16.7	66	100
Toplam	224	74.9	75	25.1	299	100

45≥ yaş grubu hastaların % 83,3'ü faydasını gördükleri ilacı doktordan istediklerini belirtmiştir. Hastalar arasındaki yaş farkı, doktordan faydası görülen ilacı isteme tutumunu etkilemektedir ($P<0.05$).

Tablo 4.29. İlacı tedavi süresinden önce bırakma alışkanlığı

Yaş	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran
0-14	11	78.6	3	21.4	14	100
15-24	50	73.5	18	26.5	68	100
25-34	64	69.6	28	30.4	92	100
35-44	35	58.3	25	41.7	60	100
45≥	33	50.0	33	50.0	66	100
Toplam	193	64.3	107	35.7	300	100

15-24 yaş grubu katılımcıların % 73,5 ilaçları kullanılması gereken süreden önce bıraktıklarını belirtmiştir. İstatistiksel olarak ilacı tedavi süresinden önce bırakma tutumu yaşa göre anlamlı bir fark oluşturmuştur ($P<0.05$).

Tablo 4.30. İyileşme kanaatinde ilacı kesme tutumu

Yaş	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
0-14	4	28.6	10	71.4	14	100
15-24	38	55.9	30	44.1	68	100
25-34	55	59.8	37	40.2	92	100
35-44	30	50.0	30	50.0	60	100
45≥	35	53.0	31	47.0	66	100
Toplam	162	54.0	138	46.0	300	100

25-44 yaş grubu katılımcıların %59,8'i iyileştiklerine kanaat getirdiklerinde ilaçları gereken süreden önce bıraktıklarını belirtmiştir. Yaş grupları arasında istatistiksel fark bulunmamaktadır ($P>0.05$).

Tablo 4.31. Enfeksiyon olgularında doktora gitme tutumu

Yaş	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
0-14	10	71.4	4	28.6	14	100
15-24	52	76.5	16	23.5	68	100
25-34	76	82.6	16	17.4	92	100
35-44	43	71.7	17	28.3	60	100
45≥	52	78.8	14	21.2	66	100
Toplam	233	77.7	67	22.3	300	100

Enfeksiyon durumlarında hekime müracaat etme tavrında yaş grupları arasında farklılık görülmemiştir ($P>0.05$).

Tablo 4.32. Reçetesiz antibiyotik satın alma tutumu

Yaş	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
0-14	3	21.4	11	78.6	14	100
15-24	24	35.3	44	64.7	68	100
25-34	30	32.6	62	67.4	92	100
35-44	21	35.0	39	65.0	60	100
45≥	21	31.8	45	68.3	66	100
Toplam	99	33.0	201	67.0	300	100

45≥ yaş grubu hastaların % 68.3'ü reçetesiz antibiyotik almadıklarını belirtmiştir. İstatistiksel olarak reçetesiz antibiyotik satın alma tutumu yaşa göre anlamlı bir fark yoktur ($P>0.05$).

Tablo 4.33. Antibiyotik kullanımı esnasında dikkat edilen unsurlar

Yaş	Tedavi süresi		Doz aralığı		Günlük doz		Yan etki		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
0-14	3	21.4	2	14.3	3	21.4	6	42.9	14	100
15-24	18	26.5	16	23.5	13	19.1	21	30.9	68	100
25-34	26	28.3	16	17.4	18	19.6	32	34.8	92	100
35-44	17	28.3	6	10.0	12	20.0	25	41.7	60	100
45≥	15	22.7	6	9.1	17	25.8	28	42.4	66	100
Toplam	79	26.3	46	15.3	63	21.0	112	37.3	300	100

Farklı yaş gruplarında bulunan hastaların büyük bölümü antibiyotiklerin yan etkisine dikkat ettiklerini belirtmiş olmalarına rağmen, istatistiksel olarak antibiyotik kullanımına dikkat etme tutumu yaşa göre anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.34. Etkisi görülmediği düşünülen antibiyotik kullanımına son verme tutumu

Yaş	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
0-14	5	35.7	9	64.3	14	100
15-24	39	57.4	29	42.6	68	100
25-34	46	50.0	46	50.0	92	100
35-44	22	36.7	38	63.3	60	100
45≥	39	59.1	27	40.9	66	100
Toplam	151	50.3	149	49.7	300	100

45≥ yaş grubu hastaların % 59.1’lik kısmı doktorun söylediği zaman aralığında kullandıkları antibiyotik etkisini göstermezse ilacı kullanmayı bıraktıklarını belirtmiştir. İstatistiksel olarak antibiyotik bırakma tutumunda yaşa göre anlamlı bir fark yoktur ($P>0.05$).

4.2.3. Öğrenim durumu faktörüne göre hasta tutumları

Anketi cevaplayan kişilerin hasta olduklarındaki tutumlarının, eğitim durumuna göre dağılımları aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 4.35. Prospektüs okuma sıklığı

Öğrenim durumu	Çoğunlukla		Bazen		Çok az		Hiç		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
İlkokul	32	53.3	17	28.3	4	6.7	7	11.7	60	100
Ortaokul	13	34.2	15	39.5	5	13.2	5	13.2	38	100
Lise	53	51.0	29	27.9	12	11.5	10	9.6	104	100
Yüksekokul	68	73.9	15	16.3	6	6.5	3	3.3	92	100
Toplam	168	56.0	78	26.0	28	9.3	26	8.7	300	100

Eğitim seviyesi yükseldikçe prospektüs okuma sıklığında artış olduğu gözlenmiştir. Yüksekokul mezunu hastaların % 3.3’ü prospektüs okumadığını belirtirken bu oran ortaokul mezunlarında % 13.2 olarak tespit edilmiştir ($P<0.05$).

Tablo 4.36. İlaçların son kullanma tarihine gösterilen dikkat

Öğrenim durumu	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Okuryazar değil	4	66.7	2	33.3	6	100
İlkokul	52	86.7	8	13.3	60	100
Ortaokul	30	78.9	8	21.1	38	100
Lise	93	89.4	11	10.6	104	100
Yüksekokul	89	96.7	3	3.3	92	100
Toplam	268	89.3	32	10.7	300	100

Katılımcıların öğrenim durumuna göre ilaç kullanım alışkanlıkları sorgulandığında, yüksekokul mezunlarının % 96.7'si ilaçların son kullanma tarihine dikkat ettiklerini belirtmiştir ($P<0.05$).

Tablo 4.37. Kullanılmayan ilacı evde bulundurma alışkanlığı

Öğrenim durumu	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Okuryazar değil	1	16.7	5	83.3	6	100
İlkokul	20	33.3	40	66.7	60	100
Ortaokul	19	50.0	19	50.0	38	100
Lise	40	38.5	64	61.5	104	100
Yüksekokul	41	44.6	51	55.4	92	100
Toplam	121	40.3	179	59.7	300	100

Kullanılmayan ilacı evde bulundurma alışkanlığı öğrenim durumuna göre anlamlı bir fark oluşturmamaktadır ($P>0.05$).

Tablo 4.38. Reçetede ilacın kullanımını hakkında bilgi alma tutumu

Öğrenim durumu	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Okuryazar değil	6	100.0	0	0.0	6	100
İlkokul	55	91.7	5	8.3	60	100
Ortaokul	34	89.5	4	10.5	38	100
Lise	92	88.5	12	11.5	104	100
Yüksekokul	83	90.2	9	9.8	92	100
Toplam	270	90.0	30	10.0	300	100

Reçetede yer alan ilaçların kullanımları hakkında bilgi alma alışkanlığında katılımcıların eğitim durumları anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.39. Faydası görülen ilacın reçeteye yazılmasını isteme alışkanlığı

Öğrenim durumu	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran
Okuryazar değil	5	83.3	1	16.7	6	100
İlkokul	49	83.1	10	16.9	59	100
Ortaokul	28	73.7	10	26.3	38	100
Lise	74	71.2	30	28.8	104	100
Yüksekokul	68	73.9	24	26.1	92	100
Toplam	224	74.9	75	25.1	299	100

Katılımcılardan ilkokul mezunlarının % 83.1'i, lise mezunlarının ise % 71.2'si faydasını gördükleri ilacı doktordan istediklerini belirtmiştir. İstatistiksel olarak faydası görülen ilacın reçeteye yazılmasını isteme alışkanlığı, öğrenim durumuna göre anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($P>0.05$)

Tablo 4.40. İlacı tedavi süresinden önce bırakma alışkanlığı

Öğrenim durumu	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Okuryazar değil	3	50.0	3	50.0	6	100
İlkokul	28	46.7	32	53.3	60	100
Ortaokul	20	52.6	18	47.4	38	100
Lise	78	75.0	26	25.0	104	100
Yüksekokul	64	69.6	28	30.4	92	100
Toplam	193	64.3	107	35.7	300	100

Hekim önerisi ile temin edilen ilacı tedavi süresinden önce bırakma eğilimi, öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmuştur ($P<0.05$). Lise mezunlarının % 75'i, yüksekokul mezunlarının ise % 69.6'sı ilaçları kullanılması gereken süreden önce bıraktıklarını belirtmiştir.

Tablo 4.41. İyileşme kanaati ile ilacı kesme tutumu

Öğrenim durumu	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Okuryazar değil	5	83.3	1	16.7	6	100
İlkokul	28	46.7	32	53.3	60	100
Ortaokul	18	47.4	20	52.6	38	100
Lise	58	55.8	46	44.2	104	100
Yüksekokul	53	57.6	39	42.4	92	100
Toplam	162	54.0	138	46.0	300	100

Katılımcıların şifa elde ettikleri düşüncesi ile kullanmakta oldukları ilaçları bırakma tutumları öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark oluşturmamıştır(P>0.05).

Tablo 4.42. Enfeksiyon olgularında doktora gitme tutumu

Öğrenim durumu	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Okuryazar değil	4	66.7	2	33.3	6	100
İlkokul	44	73.3	16	26.7	60	100
Ortaokul	29	76.3	9	23.7	38	100
Lise	78	75.0	26	25.0	104	100
Yüksekokul	78	84.8	14	15.2	92	100
Toplam	233	77.7	67	22.3	300	100

Yüksekokul mezunlarının % 84.8'i, lise mezunlarının % 75'i herhangi bir enfeksiyon hastalık durumunda hekime müracaat ettiklerini belirtmiştir. Ancak değerlendirilen gruplar arasında istatistiksel bir fark belirlenmemiştir (P>0.05).

Tablo 4.43. Reçetesiz antibiyotik satın alma tutumu

Öğrenim durumu	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Okuryazar değil	2	33.3	4	66.7	6	100
İlkokul	21	35.0	39	65.0	60	100
Ortaokul	12	31.6	26	68.4	38	100
Lise	31	29.8	73	70.2	104	100
Yüksekokul	33	35.9	59	64.1	92	100
Toplam	99	33.0	201	67.0	300	100

Reçetesiz antibiyotik satın alma tutumunun öğrenim durumu ile istatistiksel ilişkisi belirlenmemiştir (P>0.05).

Tablo 4.44. Antibiyotik kullanımı esnasında dikkat edilen unsurlar

Öğrenim durumu	Tedavi süresi		Doz aralığı		Günlük doz		Yan etki		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Okuryazar değil	1	16.7	0	0.0	1	16.7	4	66.7	6	100
İlkokul	15	25.0	9	15.0	14	23.3	22	36.7	60	100
Ortaokul	8	21.1	4	10.5	7	18.4	19	50.0	38	100
Lise	31	29.8	20	19.2	22	21.2	31	29.8	104	100
Yüksekokul	24	26.1	13	14.1	19	20.7	36	39.1	92	100
Toplam	79	26.3	46	15.3	63	21.0	112	37.3	300	100

Katılımcılardan okur yazar olmayanların % 66.7'si, yüksekokul mezunlarının ise %39.1'i antibiyotik kullanırken en çok yan etkisine dikkat ettiklerini belirtmiştir. Antibiyotik grubu ilaçların kullanımını sırasında dikkate alınan unsurlar ile eğitim durumu arasında istatistiksel anlam bulunmamaktadır ($P>0.05$).

Tablo 4.45. Etkisi görülmediği düşünülen antibiyotik kullanımına son verme tutumu

Öğrenim durumu	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Okuryazar değil	3	50.0	3	50.0	6	100
İlkokul	25	41.7	35	58.3	60	100
Ortaokul	22	57.9	16	42.1	38	100
Lise	51	49.0	53	51.0	104	100
Yüksekokul	50	54.3	42	45.7	92	100
Toplam	151	50.3	149	49.7	300	100

Farklı eğitim düzeylerine sahip katılımcıların kullanmakta oldukları antibakteriyel ilaçların etkisini görmediklerini düşündüklerinde verdikleri tepki düzeyleri benzerlik göstermektedir ($P>0.05$).

4.2.4. Gelir seviyesine göre hasta tutumları

Anketi cevaplayan kişilerin hasta olduklarındaki tutumlarının, gelir seviyelerine göre dağılımları aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 4.46. İlaçların son kullanma tarihine gösterilen dikkat

Gelir seviyesi (YTL)	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
0-499	69	85.2	12	14.8	81	100
500-999	116	87.2	17	12.8	133	100
1000-1499	51	94.4	3	5.6	54	100
1500-1999	20	100.0	0	0.0	20	100
2000≥	12	100.0	0	0.0	12	100
Toplam	268	89.3	32	10.7	300	100

Katılımcıların evlerinde bulunan ilaçların son kullanma tarihine gösterdikleri dikkat ile gelir seviyeleri arasında istatistiksel farklılık gözlemlenmemiştir ($P>0.05$).

Tablo 4.47. Kullanılmayan ilacı evde bulundurma alışkanlığı

Gelir seviyesi (YTL)	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
0-499	39	48.1	42	51.9	81	100
500-999	54	40.6	79	59.4	133	100
1000-1499	17	31.5	37	68.5	54	100
1500-1999	7	35.0	13	65.0	20	100
2000≥	4	33.3	8	66.7	12	100
Toplam	121	40.3	179	59.7	300	100

Kullanılmayan ilacı evde bulundurma alışkanlığı gelir seviyesine göre anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.48. Reçetede ilacın kullanımını hakkında bilgi alma tutumu

Gelir seviyesi (YTL)	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
0-499	69	85.2	12	14.8	81	100
500-999	125	94.0	8	6.0	133	100
1000-1499	49	90.7	5	9.3	54	100
1500-1999	17	85.0	3	15.0	20	100
2000≥	10	83.3	2	16.7	12	100
Toplam	270	90.0	30	10.0	300	100

Farklı gelir grubunda yer alan katılımcıların reçetede yer alan ilaçların kullanımını hakkında hekimlerinden bilgi alma tutumları benzerlik göstermektedir ($P>0.05$)

Tablo 4.49. Faydası görülen ilacın reçeteye yazılmasını isteme alışkanlığı

Gelir seviyesi (YTL)	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
0-499	61	75.3	20	24.7	81	100
500-999	102	77.3	30	22.7	132	100
1000-1499	41	75.9	13	24.1	54	100
1500-1999	13	65.0	7	35.0	20	100
2000≥	7	58.3	5	41.7	12	100
Toplam	224	74.9	75	25.1	299	100

Faydası görülen ilacın reçeteye yazılmasını isteme alışkanlığı, gelir gruplarına göre değerlendirildiğinde benzer bulgular elde edilmiştir ($P>0.05$)

Tablo 4.50. İlacı tedavi süresinden önce bırakma alışkanlığı

Gelir seviyesi (YTL)	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
0-499	59	72.8	22	27.2	81	100
500-999	84	63.2	49	36.8	133	100
1000-1499	30	55.6	24	44.4	54	100
1500-1999	10	50.0	10	50.0	20	100
2000≥	10	83.3	2	16.7	12	100
Toplam	193	64.3	107	35.7	300	100

İlacı tedavi süresinden önce bırakma alışkanlığı, yüksek gelir grubunda yer alan katılımcılarda sayısal olarak en yüksek düzeyde olmasına karşın, gelir grupları arasında istatistiksel fark bulunmamaktadır ($P>0.05$).

Tablo 4.51. İyileşme kanaatinde ilacı kesme tutumu

Gelir seviyesi (YTL)	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
0-499	46	56.8	35	43.2	81	100.0
500-999	73	54.9	60	45.1	133	100.0
1000-1499	29	53.7	25	46.3	54	100.0
1500-1999	6	30.0	14	70.0	20	100.0
2000≥	8	66.7	4	33.3	12	100.0
Toplam	162	54.0	138	46.0	300	100.0

Farklı gelir grubunda yer alan hastaların, iyileşme kanaatinde ilacı kesme tutumları benzerlik göstermektedir ($P>0.05$).

Tablo 4.52. Enfeksiyon olgularında doktora gitme tutumu

Gelir seviyesi (YTL)	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
0-499	60	74.1	21	25.9	81	100
500-999	102	76.7	31	23.3	133	100
1000-1499	44	81.5	10	18.5	54	100
1500-1999	17	85.0	3	15.0	20	100
2000≥	10	83.3	2	16.7	12	100
Toplam	233	77.7	67	22.3	300	100

Değerlendirilen gruplar arasında, herhangi bir enfeksiyon hastalık durumunda hekime müracaat etme alışkanlığında istatistiksel bir fark belirlenmemiştir ($P>0.05$).

Tablo 4.53. Reçetesiz antibiyotik satın alma tutumu

Gelir seviyesi (YTL)	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
0-499	27	33.3	54	66.7	81	100
500-999	47	35.3	86	64.7	133	100
1000-1499	16	29.6	38	70.4	54	100
1500-1999	4	20.0	16	80.0	20	100
2000≥	5	41.7	7	58.3	12	100
Toplam	99	33.0	201	67.0	300	100

Reçetesiz antibiyotik satın alma tutumunun öğrenim durumu ile istatistiksel ilişkisi belirlenmemiştir ($P>0.05$). Ancak katılımcıların büyük bölümü reçetesiz antibiyotik kullanmadıklarını ifade etmişlerdir.

Tablo 4.54. Etkisi görülmediği düşünülen antibiyotik kullanımına son verme tutumu

Gelir seviyesi (YTL)	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
0-499	46	56.8	35	43.2	81	100
500-999	73	54.9	60	45.1	133	100
1000-1499	20	37.0	34	63.0	54	100
1500-1999	7	35.0	13	65.0	20	100
2000≥	5	41.7	7	58.3	12	100
Toplam	151	50.3	149	49.7	300	100

Farklı gelir gruplarında yer alan katılımcıların kullanmakta oldukları antibiyotiklerin etkisini görmediklerini düşündüklerinde verdikleri tepki düzeyleri benzerlik göstermektedir ($P>0.05$).

4.2.5. Sağlık güvencesine göre hasta tutumları

Anketi cevaplayan kişilerin hasta olduklarındaki tutumlarının, sağlık güvencesi faktörüne göre dağılımları aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 4.55. Kullanılmayan ilacı evde bulundurma alışkanlığı

Sağlık güvencesi	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Yok	13	48.1	14	51.9	27	100
SSK	68	38.0	111	62.0	179	100
Emekli sandığı	23	43.4	30	56.6	53	100
Bağkur	14	36.8	24	63.2	38	100
Diğer	3	100.0	0	0.0	3	100
Toplam	121	40.3	179	59.7	300	100

Kullanılmayan ilacı evde bulundurma alışkanlığı, farklı sağlık güvencesine sahip katılımcılar arasında anlamlı bir fark oluşturmamıştır ($P>0.05$).

Tablo 4.56. Faydası görülen ilacın reçeteye yazılmasını isteme alışkanlığı

Sağlık güvencesi	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Yok	19	73.1	7	26.9	26	100
SSK	131	73.2	48	26.8	179	100
Emekli sandığı	46	86.8	7	13.2	53	100
Bağkur	26	68.4	12	31.6	38	100
Diğer	2	66.7	1	33.3	3	100
Toplam	224	74.9	75	25.1	299	100

Sağlık güvencesi açısından farklı gruplarda yer alan bireylerin, faydası görülen ilacın reçeteye yazılmasını isteme alışkanlıkları arasında istatistiksel farklılık bulunmamaktadır ($P>0.05$). Ancak, farklı gruplardaki katılımcıların belirtilen alışkanlığı oldukça yüksek düzeyde belirtmeleri çarpıcı bir bulgudur.

Tablo 4.57. İlacı tedavi süresinden önce bırakma alışkanlığı

Sağlık güvencesi	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Yok	20	74.1	7	25.9	27	100
SSK	116	64.8	63	35.2	179	100
Emekli sandığı	34	64.2	19	35.8	53	100
Bağkur	21	55.3	17	44.7	38	100
Diğer	2	66.7	1	33.3	3	100
Toplam	193	64.3	107	35.7	300	100

İlacı tedavi süresinden önce bırakma alışkanlığı açısından, değerlendirilen gruplar arasında istatistiksel fark bulunmamaktadır ($P>0.05$).

Tablo 4.58. İyileşme kanaatinde ilacı kesme tutumu

Sağlık güvencesi	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran
Yok	17	63.0	10	37.0	27	100
SSK	93	52.0	86	48.0	179	100
Emekli sandığı	33	62.3	20	37.7	53	100
Bağkur	17	44.7	21	55.3	38	100
Diğer	2	66.7	1	33.3	3	100
Toplam	162	54.0	138	46.0	300	100

Farklı sağlık güvencesine sahip hastaların, iyileşme kanaatinde ilacı kesme tutumları benzerlik göstermektedir ($P>0.05$).

Tablo 4.59. Enfeksiyon olgularında doktora gitme tutumu

Sağlık güvencesi	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran
Yok	18	66.7	9	33.3	27	100.0
SSK	136	76.0	43	24.0	179	100.0
Emekli sandığı	44	83.0	9	17.0	53	100.0
Bağkur	33	86.8	5	13.2	38	100.0
Diğer	2	66.7	1	33.3	3	100.0
Toplam	233	77.7	67	22.3	300	100.0

Değerlendirmeye alınan farklı gruplardaki katılımcıların oldukça yüksek oranlarda, enfeksiyon hastalık durumunda hekime müracaat etme alışkanlığına sahip oldukları görülmektedir. Ancak gruplar arasında istatistiksel farklılık bulunmamaktadır ($P>0.05$).

Tablo 4.60. Reçetesiz antibiyotik satın alma tutumu

Sağlık güvencesi	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran	Sayı	%Oran
Yok	13	48.1	14	51.9	27	100
SSK	54	30.2	125	69.8	179	100
Emekli sandığı	16	30.2	37	69.8	53	100
Bağkur	14	36.8	24	63.2	38	100
Diğer	2	66.7	1	33.3	3	100
Toplam	99	33.0	201	67.0	300	100

Farklı sağlık güvencesine sahip katılımcıların büyük bölümü reçetesiz antibiyotik satın almadıklarını ifade etmişlerdir, gruplar arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($P>0.05$).

Tablo 4.61. Etkisi görülmediği düşünülen antibiyotik kullanımına son verme tutumu

Sağlık güvencesi	Evet		Hayır		Toplam	
	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran	Sayı	% Oran
Yok	13	48.1	14	51.9	27	100
SSK	87	48.6	92	51.4	179	100
Emekli sandığı	35	66.0	18	34.0	53	100
Bağkur	14	36.8	24	63.2	38	100
Diğer	2	66.7	1	33.3	3	100
Toplam	151	50.3	149	49.7	300	100

Farklı gruplarında yer alan katılımcıların kullanmakta oldukları antibiyotiklerin etkisini görmediklerini düşündüklerinde verdikleri tepki düzeyleri benzerlik göstermektedir ($P>0.05$).

4.3. Reçete Değerlendirilmesi

Gönüllü sağlık personelleri tarafından hasta izniyle alınmış olan reçetelerin maliyetlerinin hesaplanması Sağlık Bakanlığının 08 Aralık 2006 tarihli ilaç fiyat listesi esas alınarak yapılmıştır (Tablo 4.62). Hekimin ilaç tedavisine başlarken bilgi ve deneyimlerini, hasta karşısında onun durum ve özelliklerine uyarlaması gereklidir. Hekimlerin uygun ilaç seçimi konusundaki tutumlarını belirlemek için toplanan reçete örnekleri değerlendirilmiştir.

Tablo 4.62. Reçete değerlendirilmesi

Reçete Adedi	Teşhis	İlaç	Jenerik Ad	Fiyat						
				Normal	İndirimli	SSK		ES		Bağ-Kur
						Ç%80	E%90	%90	Ç%80	E%90
7	Prematür ejakulasyon	Emla krem	Lidokain HCl +Prilokain	27,15	24,16	19,33	21,74	21,74	19,33	21,74
6	A.Aktif mesane	Lustral tb	sertralin	16,74	14,90	11,92	13,41	13,41	11,92	13,41
7	Üreterolistyozis	Detrusitol	Tolterodine-L-tartarate	82,21	78,92	63,14	71,03	71,03	63,14	71,03
6	BPH+ Miyolji	Buscopan plus	Hiyosin-N-butilbromür	2,68	2,57	2,06	2,31	2,31	2,06	2,31
		Tamol tb	Parasetamol	1,31	1,26	1,01	1,13	1,13	1,01	1,13
		Hytrin	Terazosin hydrochloride	19,36	17,23	13,78	15,51	15,51	13,78	15,51
		Calcium Dsandoz	Calcium laktat glukanat	5,47	4,87	3,90	4,38	4,38	3,90	4,38
		Panaljin tb	Parasetamol+ Propifenazon+ Kafein	3,09	2,97	2,38	2,67	2,67	2,38	2,67
2	K.üriner enf+ Dispepsi	Cefridem	Sertriakson	9,93	8,84	7,07	7,96	7,96	7,07	7,96
		Aerius tb	Desloratadin	14,26	14,26	11,40	12,83	12,83	11,40	12,83
		Ornisid fort tb	Ornidazol	15,8	14,06	11,25	12,65	12,65	11,25	12,65
		Pankreoflat dr	Pankreatin+ metilpolisiloksan	3,87	3,44	2,75	3,10	3,10	2,75	3,10
6	A.sistit	Augmentin BID	Amoksisilin+ Klavulanik asit	22,19	19,75	15,8	17,77	17,77	15,8	17,77
7	Üriner enf	Suprax	Sefiksim	15,35	13,66	10,93	12,29	12,29	10,93	12,29
		Monural şaşe	fosfomisin	14,16	13,59	10,87	12,23	12,23	10,87	12,23
1	Sistit+ derlezyon	Cipro	Siprofloksasin	5,16	4,59	3,67	4,13	4,13	3,67	4,13
		Biteral	Ornidazol	16,23	14,44	11,55	12,3	12,3	11,55	12,3
		Teramisin	Oksitetrasiklin	2,06	1,98	1,58	1,78	1,78	1,58	1,78
6	Sistit	Tavanic tb	Levofloksasin	54,26	48,28	38,62	43,45	43,45	38,62	43,45
		Tamol tb	Parasetamol	1,31	1,26	1,01	1,13	1,13	1,01	1,13
6	BPH	Xatral xl tb	Alfuzosin HCl	42,93	38,21	30,57	34,39	34,39	30,57	34,39
		Avodart tb	Dutasteridum fosfomycinum	48,20	46,27	37,02	41,64	41,64	37,02	41,64
8	Üretit	Tetra	Tetrasiklin HCl	4,18	4,01	3,21	3,61	3,61	3,21	3,61
		Ciprocin	Siprofloksasin	21,96	21,96	17,57	19,76	19,76	17,57	19,76
6	R.kolit	Buscopan plus	Hiyosin-N-butilbromür	2,68	2,68	2,14	2,41	2,41	2,14	2,41
		Voltaren tb	Diclofenacum	5,72	5,09	4,07	4,58	4,58	4,07	4,58

Tablo 4.62'nin devamı

Reçete Adedi	Teşhis	İlaç	Jenerik Ad	Fiyat						
				Normal	İndirimli	SSK		ES	Bağ-Kur	
						Ç%80	E%90	%90	Ç%80	E%90
7	Prostatit	Ciprocin tb	Siprofloksasin	21,96	21,96	17,57	19,76	19,76	17,57	19,76
6	Sistit	Cipro tb	Siprofloksasin	5,16	4,59	3,67	4,13	4,13	3,67	4,13
		Buscopan plus	Hiyosin-N-butilbromür	2,68	2,57	2,06	2,31	2,31	2,06	2,31
3	Sistit	Ciprocin	Siprofloksasin	21,96	21,96	17,57	19,76	19,76	17,57	19,76
		Majezik tb	Flurbiprofen	6,56	5,84	4,67	5,26	5,26	4,67	5,26
6	R.kolit	Buscopan plus tb	Hiyosin-N-butilbromür	2,68	2,57	2,06	2,31	2,31	2,06	2,31
		Tamol tb	Parasetamol	1,31	1,26	1,01	1,13	1,13	1,01	1,13
6	Üriner enf	Oraceftin	Sefuroksim aksetil	17,9	15,93	12,74	14,34	14,34	12,74	14,34
		Monural saşe	Fosfomisin	14,16	13,59	10,87	12,23	12,23	10,87	12,23
6	BPH	Cardura tb	Doksazosin	12,83	11,42	9,14	10,28	10,28	9,14	10,28
		Etol fort tb	Etodolak	15,86	14,11	11,29	12,70	12,70	11,29	12,70
6	BPH+HT	Hytrin tb	Terazosin hydrochloride	19,36	17,23	13,78	15,51	15,51	13,78	15,51
		Sinopryl tb	Lisinopril	4,71	4,19	3,35	3,77	3,77	3,35	3,77
6	Sistit	Proxacin tb	Siprofloksasin	9,83	8,75	7,0	7,86	7,86	7,0	7,86
		Etol fort tb	Etodolak	15,86	14,11	11,29	12,70	12,70	11,29	12,70
		Zoladex	Gosorelinasetat	241,71	215,12	172,10	193,61	193,61	172,10	193,61
1	Prostat ca	Andracur tb	Siproteranyum	91,64	81,56	65,25	73,40	73,40	65,25	73,40
		Cycladol tb	Betasiklodoksampir oksikam	11,65	10,37	8,30	9,33	9,33	8,30	9,33
6	Prostatit	Cipro tb	Siprofloksasin	5,16	4,59	3,67	4,13	4,13	3,67	4,13
		Dolorex tb	Diklofenak potasyum	6,31	6,06	4,85	5,45	5,45	4,85	5,45
1	Prostat bx	Cipro	Siprofloksasin	5,16	4,59	3,67	4,13	4,13	3,67	4,13
		Biteral	Ornidazol	16,23	14,44	11,55	12,30	12,30	11,55	12,30
6	BPH	Teramisin	Oksitetrasiklin	2,06	1,98	1,58	1,78	1,78	1,58	1,78
		Xatral xl tb	Alfuzosin HCl	42,93	38,21	30,57	34,34	34,34	30,57	34,34
1	HT	Delix plus tb	Ramipril+ hidroklortiazid	25,72	22,89	18,31	20,60	20,60	18,31	20,60

Tablo 4.62'nin devamı

Reçete Adedi	Teşhis	İlaç	Jenerik Ad	Fiyat						
				Normal	İndirimli	SSK		ES	Bağ-Kur	
						Ç%80	E%90	%90	Ç%80	E%90
1	BPH+ Astım+ Miyolji	Hytrin tb	Terazosin hidrokloride	19,36	17,23	13,78	15,51	15,51	13,78	15,51
		Volmax tb	Salbutamol	5,9	5,25	4,2	4,73	4,73	4,2	4,73
		Romacox fort tb	Meloksikam	20,69	18,41	14,73	16,57	16,57	14,73	16,57
		Apranax fort tb	Naproksen sodyum	4,36	3,88	3,10	3,49	3,49	3,10	3,49
7	Sistit	Piyeloseptyl tb	Nitrofurantoin	4,41	4,23	3,38	3,81	3,81	3,38	3,81
		Etol fort tb	Etodolak	15,86	14,11	11,29	12,70	12,70	11,29	12,70
12	BPH	Ciproxin tb	Siprofloksasin	21,96	21,96	17,57	19,76	19,76	17,57	19,76
		Majezik tb	Florbiprofen	6,56	5,84	4,67	5,26	5,26	4,67	5,26
39	BPH	Flomax MR tb	Tamsulosin HCl	33,72	30,01	24,01	27,01	27,01	24,01	27,01
45	BPH	Hytrin tb	Terazosin hidrokloride	19,36	17,23	13,78	15,51	15,51	13,78	15,51
6	Inkontinans	Spasmex tb	Trospiyum klorür	94,46	90,68	72,54	81,61	81,61	72,54	81,61
22	Sistit	Cipro tb	Siprofloksasin	5,16	4,59	3,67	4,13	4,13	3,67	4,13
		Tamol tb	Parasetamol	1,31	1,26	1,01	1,13	1,13	1,01	1,13
17	Entürezis nokturna	Minirin tb	Desmopressin	52,58	46,80	37,44	42,12	42,12	37,44	42,12
2	R.kolit	Majezik tb	Flurbiprofen	6,56	5,84	4,67	5,26	5,26	4,67	5,26
		Buscopan plus tb	Hiyosin-N- butilbromür	2,68	2,57	2,06	2,31	2,31	2,06	2,31
2	Sistit	Proxacin tb	Siprofloksasin	9,83	8,75	7,00	7,87	7,87	7,00	7,87
2	R.kolit	Majezik tb	Flurbiprofen	6,56	5,84	4,67	5,26	5,26	4,67	5,26
4	Entürezis nokturna	Uropan süsp	Oksibutinini HCl	6,81	6,06	4,85	5,45	5,45	4,85	5,45
		Minirin spray	Desmopressin	42,07	37,44	30,00	33,70	33,70	30,00	33,70
4	Prostat ca	Zolodex LA	Goserelin	241,71	215,12	172,10	193,61	193,61	172,10	193,61
3	Epididimoorşit	Siproxin tb	Siprofloksasin	21,96	21,96	17,57	19,76	19,76	17,57	19,76
		Dikloron tb	Diklofenak sodyum	3,97	3,53	2,82	3,18	3,18	2,82	3,18
5	Sistit	Tavanic	Levofloksasin	54,26	48,29	38,63	43,46	43,46	38,63	43,46
Toplam	300	469	469	10166,82	9256,55	7405,24	8330,90	8330,90	7405,24	8330,90

Hastanenin üroloji servisine başvuran hastaların reçeteleri incelendiğinde 300 hastaya yazılan toplam ilaç sayısı 469 olarak bulunmuştur. Her bir reçeteye düşen ortalama ilaç sayısı 1.56'dır. Birden fazla ilaç yazılan reçete oranı % 50.67, üç ve daha fazla ilaç yazılan reçete oranı ise % 4'dür. Hekimler üriner sistem enfeksiyonları tedavisinde; siprofloksasin'e 71, levofloksasin'e 11, ornidazol'ü 4, nitrofurantoin'e 7, fosfomisin'e 13, sefuroksimaksetil'e 6, sefiksim'e 7, seftriakson'a 2, amoksisilin-klavulanik asit'e 6,

tetrasiklinlere ise 10 kez reçetelerinde yer vermişlerdir. Hekimler 300 reçetede toplam 137 antibiyotik kullanmışlardır (% 30). Üriner sistem enfeksiyonlarının etiyolojilerinde etken konumda olan patojenlerin levofloksasin, nitrofurantoin ve tetrasiklinlere karşı sergiledikleri yüksek direnç göz önüne alındığında, bu grup ilaçların ilk seçenek olarak tercih edilmemesi gerektiği değişik araştırmalarda yer almaktadır (Baştürk 2005, Bozkurt ve ark 2005). Yapılan reçete incelemesinde kullanılan antibiyotiklerin 28'i (% 20.4) üriner sistem enfeksiyonları tedavisi için ilk tercih konumunda bulunmayan antibiyotiklerdendir. Hekimlerin ilaç seçiminde farklı müstahzarlara yer verdikleri belirlenmiştir. Örneğin, sistit teşhisi konulan hastalara siprofloksasin etken maddesi içeren florokinolon grubu antibiyotiklerden cipro, ciproxin, proxacin adlı ilaçlara tedavide yer verilmiştir.

Hekimlerin birden fazla ilaç yazılan reçetelerde ilaçların birbirleriyle olan etkileşimlerine dikkat ettikleri görülmektedir. Ürospesifik bir antibiyotik olan monuralın, betalaktam grubundan olan sefuroksim aksetil ile kullanıldığında sinerjistik etki sağladığı bilinmektedir. Yapılan reçete araştırmasında hekimlerin monurol'u, oraceftin (sefuroksim aksetil) ile beraber kullandığı görülmektedir. Hekimlerin tanı sürecinden sonra, hastaya uygulanacak ilaç seçimindeki tutumları akılcı reçete yazma sürecini olumlu yönde etkilemektedir.

Reçete maliyeti hesaplamasında 469 ilacın toplam fiyatı 10.166.82 YTL dir. İlaç firmalarının Devlete uyguladıkları iskonto ile toplam ilaç fiyatı 9.256.55 YTL olarak belirlenmiştir. Devletin ödediği ilaç fiyatları hastaların bağlı olduğu sağlık kurumuna göre değişmektedir. SSK'da toplam ödeme; çalışan grup için 7405.24 YTL, emekli kesim için 8330.90 YTL, Emekli Sandığında toplam ödeme çalışan ve emekli kesimde 8330.895 YTL, Bağ-Kur'da toplam ödeme; çalışan kesim için 7405.24 YTL, emekli kesim için 8330.895 YTL olarak tespit edilmiştir.

5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Kişilerin ilaç kullanım tutumlarının belirlenmesinde; ilaç yazma yetkisine sahip olan hekimlerin ilaç bilgisi, hastaya yaklaşımı ve bilgilendirmesi kadar, hastaların sosyo-demografik özellikleri ve sosyal çevrelerinden etkilenimleri de rol oynamaktadır.

Bu araştırma ile; Haydarpaşa Numune Hastanesi Üroloji servisinde muayene olan hastalara muayene sonrası ilaç kullanımı ile ilgili anket uygulanarak; kişilerin ilaç kullanım alışkanlıklarının saptanması, reçete maliyetlerinin hesaplanması ve aynı reçetelerin maliyetine etki eden faktörlerin tanımlanması hedeflenmiştir.

İlaç kullanım alışkanlıklarının, reçete maliyetlerinin ve reçete maliyetine etki eden faktörlerin tanımlanması amacı ile Haydarpaşa Numune Hastanesinin Üroloji servisinde muayene olan hastalara yapılan ankette katılımcıların % 50.7'sini kadınlar, %49.3'ünü ise erkekler oluşturmaktadır.

Hastaların % 4.7'si 0-14, % 22.6'sı 15-24, % 30.7'si 25-34, % 20'si 35-44, % 22'si ise 45≥ yaş grubundandır.

Katılımcıların % 30.7'si yüksekokul, % 34.7'si lise mezunudur. İlkokul ve ortaokul mezunu olanlar % 32.7'iken, okur yazar olmayan grup yalnızca %2'lik kısmı oluşturmaktadır.

İncelenen kişilerin % 44.3'lük bir kısmının gelir seviyesi 500-999 YTL iken % 27'lik kısmının gelir seviyesi 0-499 YTL' dir. Hastalar ekonomik olarak orta seviyededir.

Sağlık güvencesi olmayan hastaların oranı %9 iken, SSK'ya bağlı hastalar %59, Emekli Sandığına bağlı hastalar %17.7, Bağ-Kur güvencesinde bulunan hastalar ise %12.7'lik kısmı oluşturmaktadır (Tablo 4.1.).

Ankete katılan hastaların ilaç kullanım alışkanlıkları irdelendiğinde; doktor talimatına dikkat eden hastaların oranı % 93.7'dir. Hastalar arasındaki; cinsiyet, eğitim seviyesi, yaş, sağlık güvencesi ve gelir seviyesi farklılıkları ilaç kullanımı esnasında doktor talimatına uyum göstermeyi etkilememiştir (Tablo 4.2). Toplumun farklı sosyo-ekonomik katmanlarında yer alan katılımcıların çok yüksek bir oranda, özellikle eğitim ve gelir seviyesinden bağımsız olarak hekim tavsiyesini dikkate almaları akılcı ilaç kullanımı açısından olumlu bir durum olarak algılanabilir.

Katılımcıların % 52.7'si hasta olduklarında doktora başvurduklarını belirtirken, % 34'ü evdeki ilacı kullandıklarını, % 8.7'si eczacı tavsiyesi ile ilaç aldıklarını belirtmiştir (Tablo 4.3.). Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılan bir araştırmada hastaların % 70.7'si hasta olduklarında ilk başvuruyu doktora yaptıklarını, % 13'ü evdeki ilaçları kullandıklarını belirtmiştir (Aydın ve ark 2006). Benzeri bir araştırmada ise, ilk

olarak doktora başvurduğunu belirtirken hastaların oranı % 69.5'iken, % 15.8'i dinlenmeyi tercih ettiğini, % 11.4'ü ise evdeki ilaçları kullandığını ifade etmiştir (Özkan ve ark 2005). Çalışmamızda “evdeki ilacı kullanma” seçeneğinin daha yüksek düzeyde gözlemlenmesinin anket çalışmamızın üroloji servisindeki hastalara uygulanmış olması ile ilişkili olabileceği görüşündeyiz. Üriner sistem enfeksiyonlarında çoğunlukla antibiyotik ve idrar yolu antiseptiği gibi ilaçların kullanılıyor olması, bu gibi ilaçların daha önce benzeri rahatsızlıkları yaşayan bireylerin ecza dolaplarında yer alması nedeni ile hastaları ilk olarak evdeki ilacı kullanmaya yönlendirdiği düşünülmektedir. Isparta Gülcü sağlık ocağında yapılan araştırmada hastaların % 42.9'u doktor başvurusundan önce ilaç kullandığını belirtmiştir. Sağlık ocağına başvuru öncesi ilaç kullananların % 21.3'ü antibiyotik, % 76.2'si analjezik kullanırken; katılımcıların % 74.7'si ilaçları evden, %23.2'si ise eczaneden elde etmiştir (Uskun ve ark 2004).

Araştırmaya katılan hastaların % 40.3'ü evlerinde kullanılmayan ilaç bulundurduğunu belirtmiştir (Tablo 4.2). Sağlık güvencesine sahip olmayan hastaların % 48.1'i, gelir seviyesi 0-499 YTL olan hastaların % 48.1'i, ortaokul mezunlarının % 50'si, evlerinde kullanılmayan ilaç bulundurduklarını belirtmişlerdir. Hastaların sosyo-ekonomik düzeylerinin düşmesinin, ilaç bulundurma tutumunu olumsuz etkilediği düşünülmektedir.

Gazi Üniversitesi Hastanesine herhangi bir sağlık sorunu nedeniyle başvuran kişilerin hasta olduklarındaki tutumlarının ve ilaç kullanım alışkanlıklarının tanımlanması amacıyla gerçekleştirilen araştırmada ise hastaların % 44.8'i evlerinde kullanılmayan ilaç bulundurduğunu ifade etmiştir (Özkan ve ark 2005). Yunus Emre sağlık ocağında yapılan çalışmada ağrı kesici kullanan hastaların %76.6'sı evlerinde sürekli ağrı kesici bulundurduğunu belirtmiştir (Önder ve ark 2002). Ağrı kesici alırken hekime danışılmaması, reçetesiz kullanımın sıklığı ve reçetede belirtilen doza uyulmaması akılcı olmayan ağrı kesici kullanımına yol açmaktadır. Rasyonel olmayan ilaç kullanımı; önemli yan etkilere neden olabileceği gibi ekonomik kayıplara da yol açabilmektedir. Bu konuda belirtilen bulgular, evlerdeki kullanılmayan ve/veya ihtiyaç fazlası ilaç miktarındaki artışa çözüm olabilecek uygulamaların hayata geçirilmesi ve halkın kendisine ait olmayan ilacı kullanmama bilincini artırma gereğini işaret etmektedir.

Çalışmamızda hastaların çok büyük bir bölümü (% 71.4), daha önce geçirmiş oldukları hastalığın belirtisini gösteren kişilere “hastaneye gitmelerini” önereceğini belirtirken, % 25.3'ü ise kullandıkları ilacı önerdiklerini ifade etmiştir (Tablo 4.3). Ankara'da bir hastanede ayakta tedavi olan ve hastane eczanesine başvuran hastalarda yapılan araştırmada; hastaların %24.5'i kullandıkları bir ilacı başkasına da önerdiklerini

belirtmişlerdir. (Özçelikay 2001). Diğer bir çalışmada ise arkadaş/akraba/komşu tavsiyesiyle ilaç kullandığını belirtenler % 25.6, başkalarına ilaç tavsiye ettiğini belirtenler ise % 22.62'lik bölümü oluşturmaktadır (Özkan ve ark 2005). Araştırmamızda elde edilen sayısal değer belirtilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Halkımızın bu tutumu reçetesiz ilaç kullanımının önüne geçilmesinde engel teşkil etmektedir.

İncelenen kişiler kullandıkları ilacın; yan etkisini (% 32), kullanım şeklini (% 51.3) ve tedavi süresini (% 9.7) öğrenmek istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.3). Ankete katılan erkeklerin % 41.9'u doktora ilaçla ilgili en çok kullanım şeklini, % 39.9'u yan etkisini, % 6.8'i süresini, % 5.4'ü dozu, % 6.1'i maliyetini sorduğunu belirtmiştir. Bayanlarda ise bu oranlar sırasıyla % 60.5, % 24.3, % 12.5, % 1.3 ve % 1.3 olarak elde edilmiştir.

Özkan ve ark (2005), hastaların % 30'unun tedavi süresi, %24'ünün ise ilaçların olası yan etkileri hakkında bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Oktay ve Akıcı (2001), araştırmalarında yer alan hastaları % 66.4'ünün ilaçların kullanım şeklini öğrenmek istediklerini ifade etmiştir. Ankara il merkezindeki sağlık ocaklarına herhangi bir sağlık sorunu ile başvuran hastaların % 91.1'i ilaçlarla ilgili uyarıları, % 88.9'u tedavi süresi, % 78.9'u ise ilacın olası yan tesirleri hakkında doktordan bilgi alma isteğinin olduğunu belirtmiştir (Mollahaliloğlu ve Tezcan 2005). Belirtilen oranların çalışmamızda daha düşük düzeylerde olmasının, doktorların 3.basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastaları daha fazla bilgilendirmeleri nedeniyle ilişkili olabileceği görüşünderiz.

Hastalar arasındaki cinsiyet, yaş ve öğrenim farkı prospektüs okuma sıklığını etkilemektedir. Kadınların % 2.6'sı, erkeklerin % 14.9'u; 0-14 yaş grubu hastaların % 14.3, 25-34 yaş grubu hastaların % 2.2'si, 45≥ yaş hastaların % 13.6'sı, yüksek okul mezunu hastaların % 3,3'ü, lise mezunlarının % 9.6'sı ve ortaokul mezunlarının % 13.2'si prospektüs okumadığını belirtmiştir (Tablo 4.5, Tablo 4.24, Tablo 4.35). Prospektüs okuma alışkanlığı orta yaş grubu, eğitim seviyesi yüksek hastalarda daha yaygındır. Elde edilen Özkan ve ark (2005)'in çalışmasıyla paralellik göstermektedir.

İncelenen kişilerin evlerinde bulunan ilaçların son kullanma tarihine dikkat etme tutumu öğrenim durumuna göre farklılık göstermektedir. Okur yazar olmayan hastaların %33.3'ü. ilkokul mezunlarının % 13.3'ü. lise mezunlarının % 10.6'sı. yüksekokul mezunlarının % 3.3'ü ilaçların son kullanma tarihine dikkat etmemektedir (Tablo 4.36).

Özkan ve ark (2005)'in araştırmasında ilaçların son kullanma tarihine dikkat etmeyenlerin oranı; okur yazar olmayanlarda % 55.2, ilkokul-ortaokul mezunlarında %30.9, lise ve üstü seviyedeki hastalarda ise % 27.1'dir. Çalışmamızda ilaçların son kullanma tarihine dikkat edenlerin düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bu durum,

araştırmamızda yer alan lise ve üstü seviyedeki katılımcıların sayısal olarak daha fazla olmasından kaynaklanmış olabilir. Öğrenim düzeyindeki artış, bilinçli ve akılcı ilaç kullanımına olumlu yönde katkı sağlamaktadır. Ancak her eğitim düzeyinde hastalar ilaç kullanımı konusunda birbirlerini etkilemektedirler.

Bu araştırmada hastaların %94'ü kullandıkları ilacın dozuna ve aralığına dikkat ettiklerini, ilaç alımını unuttuklarında doz artırmadıklarını belirtmiştir. Erkek hastaların % 93.2'si, bayan hastaların % 94.7'si unutulmuş ilacın takip eden gün dozunu arttırmadıklarını belirtmiştir. Hasta uyuncunun sağlanması tedavideki başarıyı artırıcı etkenlerden biridir.

Muğla Devlet Hastanesinde yapılan araştırmada, kişilerin % 77.5'i ilaç kullanım şartlarına uyduklarını belirtmiştir (Kırca ve ark 2004). Her iki çalışmaya katılan hastaların ilaç kullanım şekline önem verdiği görülmektedir.

Çalışmamıza katılan hastaların % 70'i herhangi bir sağlık kuruluşunun karşılamadığı ilacı reçetede yazılı ise satın aldığını, % 26'sı ise bağlı olduğu sağlık kurumunun karşıladığı muadil ilacı satın aldığını belirtmiştir (Tablo 4.3).

İzmir İlica sağlık ocağında reçete düzenlenen hastaların % 88.6'sı kendisine verilen ilaçların tamamını satın aldığını ifade etmiştir (Arslan ve Şemin 2005). Muğla Devlet Hastanesinde annelere yönelik yapılan anket çalışmasında, annelerin % 98.1'i çocuklarına yazılan ilaçların tamamını satın aldıklarını belirtmiştir (Kırca ve ark 2004). Elde edilen veriler, hekimlerin ticari ad yerine jenerik adları kullanmalarının ilaç temininde zaman kaybının önlenmesi ve sağlık giderlerinin azaltılması açısından önemini sergilemektedir.

İncelenen kişilerin % 22.3'ü herhangi bir enfeksiyona yakalandıklarında doktora gitmediklerini belirtmiştir (Tablo 4.2). Sosyal güvencesi olmayan hastaların % 66.7'si, SSK'lı hastaların % 76'sı, Emekli Sandığına bağlı hastaların % 83'ü, Bağ-Kur'a bağlı hastaların % 86.8'i; gelir seviyesi 0-499 YTL olan hastaların % 74.1'i, 1500-1999 YTL olan hastaların % 85'i enfeksiyona yakalandıklarında doktora gittiklerini belirtmiştir.

Uskun ve ark (2004) araştırmalarında yer alan katılımcıların % 31.9'unun hastalandıklarında doktora gitmediklerini belirlemiştir. Belirtilen konuda çalışmamızda belirlenen farklılığın hastaneye başvuran hastaların % 91'inin sağlık güvencesinin bulunmasından kaynaklanmış olabileceği düşüncesindeyiz. Kişilerin ekonomik düzeyi, sosyal güvenceleri ve aldıkları sağlık hizmetinin kalitesi, hasta oldukları zamanki tutumlarını etkileyebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların % 67'si reçetesiz antibiyotik almadığını belirtmiştir (Tablo 4.2). Cinsiyet, öğrenim ve yaş durumu reçetesiz antibiyotik alma miktarını etkilemektedir (P<0.05). Bayanların % 27.6'sı, erkeklerin % 38.5'i, 15-24 yaş grubu

hastaların % 35.3'ü, 25-34 yaş grubu hastaların % 32.6'sı reçetesiz antibiyotik aldığını belirtirken; SSK ve Emekli Sandığına bağlı hastaların % 69.8'i. Bağ-Kur'a bağlı hastaların %63.2'si ve sağlık güvencesi olmayan hastaların % 51.9'u reçetesiz antibiyotik almadığını belirtmiştir (P>0.05).

Benzer bir çalışmada hastaların % 11.5'i reçetesiz antibiyotik aldığını belirtmiştir (Uskun ve ark 2004). Kırçan ve ark'ın (2004) 0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin antibiyotik kullanımını değerlendirdikleri çalışmada hastaların % 93.7'si reçetesiz antibiyotik almadığını belirtmiştir. Hastaların ilaç alma tutumunun, akılcı antibiyotik kullanma sürecini olumlu yönde etkilediği düşünülebilir.

Çalışmamızda yer alan katılımcılar antibiyotik kullanımı sırasında en çok yan etkiye (% 37.3) ve kullanım süresine (% 26.3) özen gösterdiklerini bildirirken, bayanların % 23'ü antibiyotik kullanımı sırasında tedavi süresine dikkat ettiğini belirtmiştir. Kırçan ve ark. (2004), Muğla'da annelere yönelik yaptıkları çalışmada kişilerin % 14.4'ünün tedavi süresine dikkat ettiğini bildirmiştir.

Çalışmamızda hastaların % 67.7'si antibiyotik kullanım süresini doktorun söylediği zamana göre belirlediğini, %28.3'ü iyileşme zamanına göre belirlediğini belirtmiştir (Tablo 4.3). Benzer bir araştırmada ise (Kırçan ve ark 2004) katılımcıların % 73.7'si antibiyotiği doktorun önerdiği şekilde kullandığını, % 68.7'si antibiyotiği bitinceye kadar kullandığını belirtmiştir. Hastaların doktor tavsiyesine uyumlu davranması, rasyonel antibiyotik kullanım sürecini olumlu yönde etkilemektedir. Özellikle antibakteriyel madde kullanımı sırasında hekim önerilerinin dikkate alınması, tedavideki başarıyı önemli oranda etkileyeceği gibi bakteriyel rezistans oluşumunun önlenmesi açısından da önemli bir unsurdur. Bu konuda yukarıda belirtilen sayısal değerler genel anlamda dikkate alındığında katılımcıların büyük bölümünün (2/3) antibiyotik kullanımında hekim tavsiyesini dikkate aldığı ancak kayda değer bir hasta kitlesinin (1/3) bu konudaki davranış kalıbının uygunsuz olduğu söylenebilir.

Katılımcıların % 93.7'si doktor talimatına dikkat etmektedir. Prospektüs okuma alışkanlığı orta yaş sahibi hastalar ve kadınlarda daha yüksektir (P<0.05). Kadınlar ve öğrenim düzeyi yüksek olanlar ilaçların son kullanma tarihine daha çok dikkat etmektedir (P<0.05). Genç yaşta hastalar ve öğrenim düzeyi düşük olanlar ilaçları kullanılması gereken süreden önce bırakmaktadır (P<0.05). Kadın hastalar reçetede ilaçların nasıl kullanılacağını daha çok sormaktadır. Kadınlar herhangi bir enfeksiyona yakalandıklarında doktora gitmeyi, reçetesiz antibiyotik almamayı tercih etmektedir. Çalışmamız sonucunda

akılcı ilaç kullanımı ölçütlerini yakalayan hasta grubu orta yaş, eğitim seviyesi yüksek bayan hastalardır.

Hastalar hekimden; hastalıkları, tedavi süresi ve kullanacakları ilaçların yan etkileri konusunda bilgi talebinde bulunmaktadır. Belirtilen bu unsurlar, tıbbi deontolojinin temel ilkelerinde açıkça belirtildiği gibi mevzuatımızda da yer almaktadır. Hekimlere hasta hakları konusunda verilen mezuniyet öncesi eğitimlerin güncel yaşamda uygulanması için gerekli tedbirler alınmalı, hastayı bilgilendirmenin belirlenen tedavinin başarıyla uygulanmasında önemli bir etken olduğunun altı çizilmelidir.

Hastalara ilaç biriktirmenin yanlış bir uygulama olduğu, hastalığının tanısını konulmadan tavsiye üzerine kullanılan ilaçların zararlı olabileceğine yönelik toplumsal bilgilendirme uygulamaların yapılması gerekmektedir. Gelecekte uygulanacak eğitim programlarına ışık tutması ve akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması açısından; genel olarak toplumda ve bazı özel hasta gruplarında (çocuklar, gebeler, yaşlılar vb.), akılcı ilaç kullanımı ile ilgili durum tespitinde bulunan araştırmaların yapılması, toplumu doktora danışmadan ilaç kullanmaya yönelten eğitim eksikliği dışındaki nedenler üzerinde araştırmalar yapılması yararlı olacaktır.

Akılcı ilaç kullanımının bir parçası olan tanı süreci ve uygun ilaç seçimi hekim sorumluluğunda olan tıbbi-iktisadi bir etkinliktir. Bu bağlamda ilacın akılcı kullanımında ilk elden sorumlu olan hekimdir. İlacın hekim tarafından rasyonel bir yaklaşımla seçilmesi, genel tıp bilgi ve deneyimine ilave olarak ilaçlar hakkındaki bilgisinin de yeterli ve güncel olmasına dayanır. Canbaz ve ark (2002)'in Samsundaki sağlık ocaklarında yaptıkları reçete analizi araştırmasında üriner sistem enfeksiyonu için yazılan reçetelemede çoğunluğu siprofloksasin, TMP-SMX, aminoglikozid grubu antibiyotikler kullanılmıştır. Bu araştırmada da üriner sistem rahatsızlığı olan hastaların reçetelerinin çoğunu bu grup ilaçlar oluşturmaktadır.

Üroloji servisinde görev alan hekimlerin ilaç firmaları tarafından verilen promosyonlara rağmen ilaç tercihlerinde farklı müstahzar gruplarına yer verdikleri gözlenmiştir. Hekimlerin bu tutumunun akılcı ilaç kullanımı sürecinde olumlu bir etki oluşturduğu görüşündeyiz.

Üriner sistem enfeksiyonlarında *E.Coli* suşlarının ikinci kuşak florokinolonlara, aminoglikozitlere, fosfomisin grubu antibiyotiklere duyarlılıkları yüksektir. Bu nedenle bu grup ilaçların üriner sistem enfeksiyonları tedavisinde kullanımı önem kazanmaktadır (Öztürk ve ark 2001, Taşbakan ve ark 2004). Son zamanlarda ÜSİ tedavisinde kullanılan üçüncü kuşak flurokinolonlardan olan levofloksasine karşı *E. coli* suşlarının yüksek oranda

direnç (% 38) göstermesi, levofloksasinin tedavide ilk seçenek olarak tercih edilmemesine neden olmuştur.

E.Coli suşlarının sergiledikleri benzeri yüksek direnç olguları ampisilin (% 46,7), ve nitrofurantoin (% 50,6) için de geçerlidir. Tetrasiklinler, bakteri direnci nedeniyle ÜSİ tedavisinde değeri azalmış olan bir diğer antibakteriyel madde grubudur. Son zamanlarda ko-trimoksazol (TMP/SMX) ve ampisiline karşı direnç oluşumundaki yükseliş, florokinolonların kullanımını artırmıştır (Leblebicioğlu 2001, Köksal 2006).

Çalışmamızı gerçekleştirdiğimiz Haydarpaşa Numune Hastanesinde hekimler üriner sistem enfeksiyonları tedavisinde siprofloksasin'i 71, levofloksasin'i 11, ornidazol'u 4, nitrofurantoin'i 7, fosfomisin'i 13, sefuroksimaksetil'i 6, sefiksim'i 7, sertriakson'u 2, amoksisilin-klavulanik asit'i 6, tetrasiklinleri ise 10 kez reçetelendirmişlerdir. Hekimler 300 reçetede toplam 137 antibiyotik kullanmışlardır (% 30).

Demirtürk ve ark (2006)'ın araştırmasında, antibiyotik kullanımı gerekli olan hastaların % 44.3'ünde seçilen antibiyotiğin ya da kullanım süresinin uygun olmadığı tespit edilmiştir. ABD'de 1989-1998 yılları arasında ÜSİ yakınmasıyla tedavi kurumlarına gelen hastalara yazılan antibiyotikler değerlendirilmiştir. Belirtilen zaman diliminde en çok tercih edilen ilaçlardan TMP/SMX kullanımında (% 49'dan % 24'e) gerileme, florokinolon (% 19'dan % 29'a) ve nitrofurantoin kullanımında ise artış (% 14'den % 30'a) belirlenmiştir (Huang ve Stafford 2002). Araştırmamıza katılan hekimlerin doğru antibiyotik tercihlerinin benzer araştırmalara göre daha yüksek olması, antibakteriyel tedavi yöntemlerini uygularken konu ile ilgili gelişmeleri takip etmelerinden kaynaklanmış olabilir (Huang ve Stafford 2002, Demirtürk ve ark 2006).

Nijerya'da bir devlet hastanesinde akılcı ilaç kullanımının sorgulandığı bir çalışmada; 9984 adet ayakta tedavi gören hasta reçetesi, 127 adet yatan hasta reçetesi, 88 reçete sahibi ve 13 eczacının ilaç kullanımı konusundaki hassasiyeti araştırılmıştır. Reçete analizlerine göre; ayakta tedavi gören hastalara 3.16, yatan hastalara 9.7 ilaç yazılmıştır. Reçetelerde yazılan ortalama antibiyotik sayısı sırasıyla 1.1 ve 2.4'tür (Chukwuani ve ark 2002). Hindistan'ın yoğun eczanelerinden birinde yapılan reçete araştırmasında, reçetelerin % 80.7'sinde 1>, % 52.7'sinde 3≥, % 13.3'ünde 5≥ ilaç yazıldığı belirtilmiştir (Patel ve ark 2005). Çalışmamıza katılan hastalara 48 çeşit ilaç (antiandrojenler, idrar retansiyonunda kullanılan ilaçlar, sık idrara çıkma, enürezis ve inkontinansta kullanılan ilaçlar, vajina enfeksiyonları için preparatlar, antibiyotikler, ağrı kesiciler, hipertansiyon ilaçları) yazılmıştır. Reçetelerdeki toplam ilaç sayısı ise 469 bulunmuştur (Tablo 4.62). Bunların % 30'unu antibakteriyel ilaçlar oluşturmuştur. Reçete başına düşen ilaç ortalaması 1.56'dır.

Reçetelerin % 50.67'sinde 1>, sadece % 4'ünde 3≥ ilaç yazılmıştır. Hekimlerin reçete yazarken fazla sayıda ilaç yazmaktan kaçındıkları gözlenmiştir. Ayrıca, birden fazla preparat içeren reçetelerde ilaçlar arasında farmakokinetik veya terapotik geçimsizlik bulunmasından da kaçınıldığı gözlenmektedir. Örneğin, idrar yolu enfeksiyonlarının tedavisi için kullanılan geniş spektrumlu ürosesfik bir antibiyotik olan monuralın, betalaktam grubundan olan sefuroksim aksetil ile kullanıldığında sinerjistik etki sağladığı bilinmektedir. Yapılan reçete araştırmasında hekimlerin monuralı, oraceftin (sefuroksim aksetil) ile beraber kullandığı görülmektedir. Başka bir hastaya ait olan reçetedeki ilaçların (hytrin, volmax, romacox fort, apranax) birbirlerinin farmakolojik etkilerini değiştirmedikleri görülmektedir. Hastaya uygulanan ilaç tedavisinde, hekimlerin ilaçlar konusundaki bilgilerini doğru bir şekilde kullanmaları tedavinin başarısını önemli bir şekilde etkilemektedir.

Ülkemizde ilaç tüketimine ilişkin olarak gerçekleştirilen bazı yerel araştırmalarda oldukça çarpıcı sonuçlar elde edilmiştir. Yapılan Ulusal Sağlık Hesapları Araştırması'na göre, kişi başı sağlık harcamasının 194 dolar olduğu Türkiye'de ilaç harcamasının 65 dolara ulaştığı tespit edilmiştir. Söz konusu araştırmada toplam ilaç harcamasının, toplam sağlık harcaması içindeki payının yüzde 33.5'e ulaştığı belirlenmiştir. Eczaneler üzerinden yapılan ilaç harcamaları yüzde 33.5 olarak tespit edilmiş, bu oran toplam ilaç harcamalarının yüzde 24.8'ini, hastanelerdeki ilaç harcamaları ise yüzde 8.7'sini oluşturmaktadır (Mollahaliloğlu ve ark 2006). Sağlık Bakanlığı'nca yapılan bir araştırmada, Türkiye'de en fazla reçete edilen ilaç grubunun sistemik antibiyotikler olduğu, Dünyada ise tedavi gruplarına göre tüketimde kalp ve damar hastalıkları ilaçlarının birinci sırada yer aldığı belirtilmiştir (Özsarı 2000) Öte yandan Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nün yayınladığı 2003-2004 faaliyet raporunda, ortalama reçete başı maliyet Bayburt'ta 23.78 dolar, Bolu'da ise 33 dolar, Karaman'da 34 dolar, Ankara'nın Çubuk ilçesinde ise 36 dolar olduğu tespit edilmiştir. Antalya' da evlerde ortalama maliyeti 15.4 dolar olan 7.11 adet ilacın bulunduğu, bu ilaçların %88.4' ünün hekim reçetesiyle alındığı saptanmıştır (Erengin ve Dönmez 2001). Çalışmamızda 300 hastaya yazılan 469 ilacın toplam fiyatı 10.166.82 YTL dir. İlaç firmalarının Devlete uyguladıkları iskonto ile toplam ilaç fiyatı 9.256.55 YTL olarak değişmiştir. Devletin ödediği ilaç fiyatları hastaların bağlı olduğu sağlık kurumuna göre değişmektedir. SSK'da toplam ödeme; çalışan grup için 7405.24 YTL, emekli kesim için 8330.895 YTL, Emekli Sandığında toplam ödeme çalışan ve emekli kesimde 8330.895 YTL, Bağ-Kur'da toplam ödeme; çalışan kesim için 7405.24 YTL, emekli kesim için 8330.895 YTL olarak tespit edilmiştir (Tablo 4.62). Kamusal

sağlık harcaması yapan kurumların dağılık yapısı. büyük ölçüde israfa, kötüye kullanmaya ve sonuçta ülkemizin kıt kaynaklarının verimsiz kullanılmasına sebep olduğu görüşündeyiz.

Türkiye’de ilaç kullanımında büyük bir savurganlık bulunmaktadır. Bu durum vatandaşlarımızın bilinçsiz ilaç tüketiminden de kaynaklanmaktadır. Ülkemizde 2007 yılı itibarıyla neredeyse tüm vatandaşlarımız bir sosyal güvenceye sahiptir (Bağ-Kur, SSK, Emekli Sandığı, Yeşil kart gibi). Dolayısıyla ilaçların finansmanı sosyal güvenlik kurumlarından sağlanmaktadır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı, hem kişileri sağlığında büyük olumsuzluklar meydana getirmekte, hem de toplum sağlığını korumada yetersiz kalınmaktadır. Buna ilaveten kamunun kaynakları boş yere sarf edilmektedir.

Ülkemizde kamu sağlık harcamalarında yıldan yıla görülen hızlı artış işlemlerin otomasyona alınmasını gerektirmiş ve bu harcamaların denetlenebileceği sistemlerin geliştirilerek uygulamaya konulmasına yol açmıştır. Sağlık otoriteleri genel sağlık harcamaları içinde büyük yer tutan ilaç harcamalarını azaltmaya yönelik tedbirler almaktadır. Bu bağlamda ucuz ilaç ile ucuz tedaviyi birbirinden ayırmak gerekir. Sadece ilaçların ucuzluğunu göz önüne alarak planlanan bir tedavi ilacın başarısızlığı nedeniyle tedavinin tekrarlanmasına ve sonuçta daha pahalı bir tedavi yapılmasına neden olabilir.

Sonuç olarak; araştırma yaptığımız bölgede kişilerin hasta oldukları zaman ilk başvuruyu doktora yapmaları, doktor talimatına önem vermeleri; doktorların akılcı ilaç kullanımı konusunda hastaları bilgilendirmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Hekimlerin yoğun hastane ortamında muayene süresini kısa tutması, hastaların gereken ilaç bilgisini doğru ya da yanlış başka kaynaklardan almasına neden olmakta; bu süreç evde ilaç biriktirme gibi yanlış davranışlara kadar gidebilmektedir. Hekimin yükünü azaltmak için, eczacının akılcı ilaç kullanımı sürecindeki görevini hatırlaması ilaç kullanımı konusunda reçete sahibini veya yakınıni bilgilendirmesi gerektiği görüşündeyiz. Eczacı hekimin teşhis koyup tedavi için yazmış olduğu reçetedeki ilacı, hastaya en iyi şekilde anlatmalı, hastanın ilaca uyumunu artırmak için ona en uygun alternatifleri sunmalıdır. Hastalığın tedavisi için en önemli olan konulardan biri de rasyonel tedavi için ilacın doğru kullanımının sağlanmasıdır.

Eczacı hastasına ilacı doğru tarif etmeli, olası yan etkiler konusunda bilgi vermeli, birlikte kullanılacak ilaç varsa bunlar arasında herhangi bir geçimsizlik veya etki farklılığı oluşturabilecek hususları göz önünde bulundurmalı, gerekiyorsa hekimle görüşerek yeniden ilaç düzenlemesi yapılmasını sağlamalı, ilacı hastanın yeterli süre ve dozda kullanabilmesini sağlamalıdır.

Hekimlerin reçete yazarken hiçbir dış etkiye maruz kalmaması gerekmektedir. Hastaya uygulanacak ilaç tedavisinde öncelik; etkili. ucuz. güvenilir. kolay sağlanabilir ilaca verilmelidir. Reçete yazma süreci akılcı ilaç kullanımının önemli bir parçasıdır.

İlacın hastaya maksimum yarar sağlaması hekime yeterli, doğru ve güncel bilgi aktarılmasına bağlıdır. Hastaya uygulanacak tedavinin başarısı için. doktorlara mezuniyet öncesi ve sonrası akılcı ilaç kullanımı konusunda seminerler verilmeli. gerektiğinde bu seminerler halka açık olmalıdır.

Akılcı ilaç kullanımı konusunda ülkemizde var olan sorunları çözmek için;

1. Bu konuda görevli profesyoneller (doktor, eczacı) üzerlerine düşen görevi yerine getirmelidir.
2. İlaçla ilgili meslek gruplarının mesleki etik kurallara uyumu ve bunun kontrolü sağlanmalıdır.
3. Kullanılmayan ilaçların evdeki ecza depolarında bulundurulmasını önlemek için yeni uygulamaya giren düşük adetli üretimlerin teşvik edilmesi gerekmektedir.
4. Ulusal Sağlık veri ambarı oluşturulmalıdır. Bu veri ambarı kişilerin tüm sağlık bilgilerini içermeli, bir hastanın yaşamı boyunca hangi sağlık kurumlarına başvurduğu, hangi tetkikleri yaptırdığı, hangi hastanelerden ne tür hizmetler aldığından hangi ilaçları kullandığına kadar tüm verileri ihtiva edecek şekilde oldukça geniş kapsamlı olmalıdır.
5. Hastalara düzenlenen tüm teşhis, tetkik ve tedavi işlemleri ile ilaçlar bir elektronik karta yazılabilmelidir. Yani sağlık konusunda kağıt ortadan kaldırılmalıdır. Yapılan işlemlerin her aşaması daha sonra kolaylıkla tetkik edilebilecek şekilde olmalıdır.
6. Toplumun sağlık kültür seviyesini yükseltecek adımlar atılmalıdır. İnsanlar koruyucu hekimlik konusundan, akılcı ilaç kullanımına kadar bir çok konuda bilgilendirilmesi için Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipler Birliği, Üniversiteler, Pratisyen Hekimlik Derneği'nin ortak çabalarına gereksinim vardır.

6. ÖZET

S.Ü.

Farmakoloji Ana Bilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA 2007-02-12-

Fadime Canbolat

Danışman

Prof. Dr. A.Levent Baş

Devlet Hastanesine Başvuran Hastaların İlaç Kullanım Alışkanlıklarının ve Reçete Maliyetlerinin Değerlendirilmesi

Bu çalışmada Haydarpaşa Numune Hastanesi Üroloji Servisi'ne başvuran hastaların tutumlarını ve ilaç kullanım alışkanlıklarının tanımlanması amaçlanmıştır. Araştırma, kesitsel analitik niteliktedir. Hastalara ait reçeteleri maliyet araştırması için kullanılmıştır.

Katılımcıların % 50.7'si bayan, % 78'i 44≤ yaş grubunda, % 34.7'si lise, % 30.7'si üniversite mezunudur. Hastaların % 9'unun herhangi bir sağlık güvencesi yoktur. Çalışma sonunda hastaların % 4.3'ü çevresinden ilaç istediğini, % 52.7'si doktora başvurduğunu, % 25.3'ü kullandıkları ilacı başkasına da önerdiklerini belirtmişlerdir.

Hastaların % 32'si ilaçların en çok yan etkisini, % 9.7'si tedavi süresini öğrenmek istediğini belirtmiştir.

Prospektüs okuma alışkanlığı cinsiyet, yaş ve öğrenim durumuna göre farklılık göstermektedir. Son kullanma tarihine dikkat etme tutumu ise öğrenim durumuna göre farklılık göstermektedir.

Katılımcıların % 40.3'ü evlerinde kullanılmayan ilaç bulunduğunu, % 67'si reçetesiz antibiyotik almadığını belirtmiştir. Sağlık güvencesine sahip olma niteliği; öğrenim durumu, yaş ve reçetesiz antibiyotik alma oranını değiştirmektedir.

Hasta reçetelerinde toplam 469 ilaç yazılmıştır. Reçete başına düşen ortalama ilaç sayısı 1.56'dır. İlaçların % 30'u antibiyotiktir. Reçetelerin % 4'üne 3 ya da daha fazla ilaç yazılmıştır. Toplam reçete maliyeti 10166.82 YTL'dir. İlaç firmalarının Devlete uyguladıkları iskonto ile toplam ilaç fiyatı 9256.55 YTL olarak değişmiştir. Devletin ödediği fiyat kişilerin bağlı olduğu kuruma göre 7405.24 YTL ile 8330.895 YTL arasında değişmektedir.

Akılcı ilaç kullanımı konusunda ülkemizde var olan sorunları çözmek için Sağlık Bakanlığı, Türk Tabipler Birliği, Üniversiteler ve Pratisyen Hekimlik Derneği'nin ortak çabalarına gereksinim vardır.

7. ABSTRACT

S.U.

Pharmacology & Toxicology of Department

A THESIS OF MASTER /KONYA 2007-02-12-

Fadime Canbolat

Adviser

Prof.Dr. A.Levent Baş

Evaluation of the drug using habits and cost of prescription of the patients applied to the General Hospital

The aim of this study is to determine the attitude of patients attending to Urology department of Haydarpaşa State Hospital during illness and drug using habits. This is a cross analytic type study. A copy of the patients' prescriptions was taken for the research of medical cost.

The percentage of female participants was 50.7. % 78 of them was in ≤ 44 ages. In terms of education, % 34.7 of them were graduated from high school, % 30.7 of them were graduated from a university. % 9 of the participants didn't have any social insurance. The percent 52.7 of the patients expressed that they applied to doctor and % 4.3 asked from others to prescribe their medicines. % 25.3 advised their medicines to others for use.

Thirty two percent of participants wanted their doctors to inform them about side effects of medicines. % 9.7 of the patients asked to learn about the length of treatment prescribed.

The habits of reading the drugs prospectus were significantly different depend on the age, sex and education level. The attitude of the checking the expiry date of drugs was significantly higher in the educated patients

It was expressed by % 40.3 of participants that they have some unused medicines in their home. % 67 of the patients explained that they do not use antibiotics without prescription. The ratio of using antibiotics without prescription was affected by the education level, age and social insurance of the patient.

The evaluation of the prescriptions demonstrated that 469 different type of drug was prescribed as total. The average of the drug number per one prescription was 1.56. % 30 of

the drugs was an antibiotic. The percent 4 of the prescriptions included ≥ 3 drugs. Total prescriptions cost was 10166.82 YTL. The total cost of the drugs was changed to 9256.55 YTL, since the drug companies apply some discount for the Ministry of Health. The contribution of the government to the cost of drugs differ from 7405.24 to 8330.895 YTL according to type of the social insurance of the patients.

The combined efforts of Ministry of Health, Turkish Medical Association, Universities and Association of General Practitioners are needed to solve the problems in the rational drug usage in Turkey.

8. KAYNAKLAR

- Abacıoğlu N (2005)** *Akılci ilaç kullanımı*, Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi, 5 (4)
- Akalın HE (2005)** *Farmakoekonominin uygulanmasında ilaç endüstrinin rolü*, ANKEM dergisi, 19(ek2), 199, 200
- Akan H (2006)** *Akılci antibiyotik kullanımı ve Türk hematoloji derneği*, ANKEM dergisi, 20(1), 65, 67
- Akıcı A (2005)** *İlaç güvenliliği izleme yolunda genel bilgiler*, Marmara ün.v.tıp fak.farmakoloji ve klinik farmakoloji anabilim dalı
- Akkan G (2005)** *Klinikte antibiyotik kullanımı*, İ.Ü Farmakoloji ve klinik farmakoloji anabilim dalı,1581,1599
- Aktay G, Hancı HY, Balseven A (2003)** *İlaç etkileşimleri ve hekim sorumluluğu*, Sürekli tıp eğitimi dergisi, 12(7), 261, 264
- Anafarta K, Göğüs O, Arıkan N, Bedük Y (1998)** *Ürogenital organların anatomik ve histoloji yapısı*, Temel üroloji Güneş kitabevi, 3, 27
- Arslan LS, Şemin S (2005)** *Sağlık ocağına başvuran hastaların reçetede yazılan ilaçları kullanımı ve bunu etkileyen etmenle*, Sağlık ve Toplum dergisi,15(1), 1, 7
- Aydınlı A, Aktaş M, Demireller M (2006)** *Akılci ilaç kullanımı*, H&C sözel sunum no: 36
- Bakır M (2001)** *Antibiyotik kullanımının temel ilkeleri*, Klimik dergisi 14(3), 95, 101
- Baştürk S (2005)** *E:Coli, klebsiella pneumoniae, pseudomonas aeruginosa ve acinetobacter baumannii suşlarında çeşitli kinolon grubu antibiyotiklerin duyarlılıklarının araştırılması*, Uzmanlık Tezi, 13
- Bozkurt H, Güdücüoğlu H, Gülmez S, Aygül K, İzci H, Berktaş M (2005)** *Erişkin yaş grubu idrar kültürlerinden izole edilen E.Coli suşlarının antibiyotik duyarlılıkları*, Van tıp dergisi, 12 (4), 232, 235
- Canbaz S, Peksen Y, Sunter AT, Leblecioğlu H, Sunbul M (2002)** *Antibiotic prescribing and urinary tract infection*, International journal of antimicrobial agents, 20, 407, 411
- Chukwuani CM, Onifade M and Sumonu K (2002)** *Survey of Drug Use Practices and Antibiotic Prescribing Pattern at a General Hospital in Nigeria*, Pharmacy World&Science, 24, 5, 188
- Demirtürk N, Demirdal T, Kuyucuoğlu N (2006)** *Bir üniversite hastanesinde uygunsuz antibiyotik kullanımının araştırılması*, Klimik dergisi, 19(1), 18, 21
- Erden S, Çalangu S (2002)** *Poliklinik hastalarında üriner sistem enfeksiyonlarından izole edilen E.Coli suşlarının çeşitli antibiyotiklere invitro duyarlılıkları*, İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası, 65, 2

- Erengin H, Dönmez L, Özütürk B, Aydın G (2001)** *Antalya Kent Merkezinde iki Sağlık Ocağında Reçete Maliyetleri ve Bazı Özellikleri*, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Özetleri, Antalya, 8,13
- Gören MZ (2005)** *Rasyonel farmakoterapi eğitiminde groningen modeli*, Rasyonel farmakoterapi eğitimi kursu
- Grand A, Hogerzeil HV, Haajier FM (1999)** *Intervantionresearch in rational use of drugs*, Health policy and planning, 14 (2), 89, 102
- Gümrükçüoğlu OF (2005)** *Akılcı ilaç kullanımına doğru*, SB Dialog T.C Sağlık Bakanlığı aylık yayın organı, 10, 32, 34
- Huang ES, Stafford RS (2002)** *Kadınlarda idrar yolu enfeksiyonunun ayaktan tedavisinin ABD uygulamaları*, Archieves of internal medicine.162, 41, 47
- Işık S (1997)** *Akılcı ilaç kullanımı*, Sağlık projesi genel koordinatörlüğü raporu
- İskit AP (2006)** *Akılcı ilaç kullanımı*, sürekli tıp eğitimi dergisi,15 (7), 4, 5
- Kalkan A, Demirdağ K (2001)** *Üriner sistem enfeksiyonları*, F.Ü.Sağlık bil. dergisi, 15 (3). 505, 512
- Kalkan O (2006)** *Sağlık ekonomisi araştırmaları*, Bursa sağlık müdürlüğü raporları
- Kayaalp O (1999)** *İdrar yolu enfeksiyonları*, Türkiye İlaç Kılavuzu 1999 Formülleri, 256
- Keklik K (2005)** *Akılcı ilaç kullanımı*, Elazığ il sağlık müdürlüğü bildirisi, 316
- Khor M (2005)** *Irrational drug use causing rise of antimicrobial resistance*, TWN info service on health issues , 9
- Kırcan N, Baybek H, Eksen M, Erdem D (2004)** *0-6 yaş grubu çocuğu olan annelerin antibiyotik kullanım ilkelerine uyma durumlarının değerlendirilmesi*, Uluslar arası insan bilimleri dergisi, ISSN,1303, 5134
- Kole PL (2005)** *Rattonal drug use*, www.pharmabiz.com.tr, India
- Köksal İ (2006)** *Toplum kökenli dirençli enfeksiyonlarda tedavi seçenekleri*, Aknem dergisi, 20 (2), 286,288
- Leblebicioğlu H (2001)** *Kinolonlar*, İnfeksiyon dergisi, 209, 211
- Mollahaliloğlu S, Tezcan S (2005)** *Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarından Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi*. <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m97.htm>.
- Mollahaliloğlu S, Özbay H, Özgen H, Öncül HG, Erişti HE, Gökçimen M ve ark (2006)** *Türkiye ulusal sağlık hesapları*, Türkiye ulusal sağlık hesapları hane halkı sağlık harcamaları 2002-2003, 10, 13

- Oktay Ş, Akıcı A (2001)** Yaşlılarda ilaç kullanımı ve rasyonel farmakoterapi kararı verme süreci, Turkish journal of geriatrics, 4 (3) 127, 133
- Önder E, Kocia O, Öztürk S, Sabuncu Z, Soyutemiz Ö, Altıntaş H (2002)** Yunus Emre sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 18 yaş ve üstü bireylerin ağrı kesici kullanımı ve bu konudaki bazı bilgilerinin saptanması, Hacettepe toplum hekimliği bülteni (1) 4, 9
- Özçelikay G(2001)** Akılcı ilaç kullanımı üzerinde bir pilot çalışma, Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi, 30 (2), 9-18
- Özkan S, Aksakal FN, Aycan S (2005)** Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları, TSK koruyucu hekimlik bülteni, 4 (5), 220, 240
- Özsarı HS (2000)** Sağlık ve sigorta, Sigorta dünyası dergisi, 472, 20, 26
- Öztek Z, Toprak O, Çırakoğlu B, Kanpolat Y, Savaş A, Tekneci PD (2003)** Teknoloji öngörüsü projesi sağlık ve ilaç paneli sonuç raporu, Tübitak vizyon 2023
- Öztürk C, Delialioğlu N, Aslan G, Kılınç HG (2001)** ÜSİ sıklıkla izole edilen mikroorganizmaların çeşitli antibiyotiklere invitro duyarlılıkları, Ç:Ü Sağlık Bil.Dergisi, 16 (2), 7, 11
- Öztürk R (2002)** Antimikrobik ilaçlara karşı direnç gelişme mekanizmaları ve günümüzde direnç durum., İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 31, 83, 100
- Patel V, Vaidya R, Naik D, Borker P (2005)** Irrational drug use in India.J Postgrad med 51, 9,12
- Taşbakan MI, Pullukçu H, Yamazhan T, Arda B, Ulusoy S (2004)** Toplum kökenli üriner sistem infeksiyonlarından soyutlanan E:Coli suşlarına fosfomisin in vitro etkinliğinin diğer antibiyotiklerle karşılaştırılması, Aknem dergisi, 18 (4), 216,219
- Top M, Tarcan M (2004)** Türkiye ilaç ekonomisi ve ilaç harcamalar,.Liberal düşünce dergisi, 9(35), 177, 200
- Türkmen L (2002)** İdrar örneklerinden izole edilen gram negatif bakterilerin değişik antibiyotiklere duyarlılığı, İnönü üniversitesi tıp fakültesi dergisi 9 (3), 185, 189
- Uskun E, Uskun SB, Öztürk M, Kişioğlu AN (2004)** Sağlık ocağına başvuru öncesi ilaç kullanımı, STED, 13 (12), 451, 454
- Ünal S (2005)** Rasyonel antibiyotik kullanımı, ANKEM dergisi, 19 (ek2) 179, 189
- Yıldırım HH, Türkan Y (2000)** Akılcı ilaç kullanımı politika stratejileri,III.Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, Ankara,1, 6
- Yılmaz A, Erkan F (2002)** Astımda maliyet-etkinlik analizler, Toraks dergisi, 3 (1), 70, 74

9. EKLER

Bu anket “Devlet Hastanesine Başvuran Hastaların İlaç Kullanım Alışkanlıkları”nı incelemek için yapılmaktadır. Anket sadece bilimsel bir araştırma olup bunun dışında başka amaçla kullanılmayacaktır. Anket iki bölümden ve toplam 29 sorudan oluşmaktadır. Ankete isminizi yazmanıza gerek yoktur. Lütfen her soru için sadece bir şık işaretleyiniz. Anketimize katıldığınız için teşekkür ederiz.

25.08.2006

Fadime CANBOLAT

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Enstitüsü Farmakoloji&Toksikoloji
Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencisi.

BİRİNCİ BÖLÜM

1- Cinsiyetiniz?

Bay Bayan

2- Yaşınız?

0-14 15-24 25-34 35-44 45 ve üzeri

3- Öğrenim durumunuz?

Okur yazar değil
 İlkokul
 Ortaokul
 Lise
 Yüksekokul

4.Gelir Seviyeniz (YTL)?

0-499 500-999 1000-1499
 1500-1999 2000 ve üzeri

5- Çalışıyor musunuz?

Evet Hayır

6-Mesleğiniz?

Ev hanımı Öğrenci İşçi
 Memur Serbest meslek

7- Sağlık güvencesine sahip misiniz?

Evet Hayır

8- Sağlık güvencesi varsa çeşidi nedir?

- SSK Emekli sandığı Bağ-Kur Yeşil kart Diğer

İKİNCİ BÖLÜM

1- İlaç kullanırken doktorun talimatlarına dikkat eder misiniz?

- Evet Hayır

2- Kullandığınız ilaçların prospektüslerini okuma alışkanlığınız nedir?

- Çoğunlukla Bazen Çok az Hiç

3- Evinizde bulunan ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz?

- Evet Hayır

4- Hastalandığınız zaman ilk olarak ne yaparsınız ?

- Doktora giderim Arkadaş/Akraba/Komşu'dan ilaç isterim
 Eczacı tavsiyesi ile ilaç alırım Evde ilaç varsa onu kullanırım

5- Son kullanma tarihi geçmiş ilaçları kullanır mısınız?

- Evet Hayır

6- Kullanmadığınız ilaçları evinizde bulundurur musunuz ?

- Evet Hayır

7- Doktorunuza reçetenizdeki ilaçların nasıl kullanılacağını sorar mısınız ?

- Evet Hayır

8- Daha önceden kullanıp faydasını gördüğünüz ilaçları reçeteye yazmasını doktordan ister misiniz ?

- Evet Hayır

9- Hastalandığınız zaman ilacı nereden temin edersiniz?

- Ev Arkadaş/Akraba/Komşu Eczane Doktor

10- Doktorun önerdiği ilaçları tedavi süresinden önce bıraktığınız oldu mu ?

- Evet Hayır

11- Günde bir kez kullandığınız ilacı o gün almayı unuttuğunuzda ertesi gün kullanacağınız dozu arttırır mısınız ?

- Evet Hayır

12- Sabah-akşam (ya da sabah –öğle- akşam) aldığınız bir ilacın herhangi bir vaktini kaçırdığımızda diğer kullanımda dozunu arttırır mısınız ?

- Evet Hayır

13- İyileştiginize kanaat getirdiğinizde ilacı doktora sormadan keser misiniz?

- Evet Hayır

14- Daha önce geçirmiş olduğunuz hastalığın belirtilerini gösteren kişiye ne yapmasını önerirsiniz?

- Kullandığım ilacı
 Hastaneye gitmeyi
 Dinlenmeyi

15- Doktora ilaçla ilgili en çok sorduğunuz soru nedir?

- Yan etkisi Kullanım şekli Süresi
 Dozu Maliyeti

16- Sosyal güvenceye sahipseniz devletin karşılamadığı bir ilaç reçetede yazılı ise ne yaparsınız?

- Satın alırım
 Eczaneden devletin karşıladığı benzer etkiyi gösteren ilacı alırım
 Satın almam

17- Herhangi bir enfeksiyona yakalandığınızı anladığınızda doktora gider misiniz?

- Evet Hayır

18- Rahatsızlandığınız zaman eczaneden reçetesiz antibiyotik alır mısınız?

- Evet Hayır

19- Antibiyotik kullanımında en fazla neye dikkat edersiniz?

- Tedavi süresine
 Doz aralığına
 Günlük dozuna
 Yan etkisine

20- Doktorun söylediği zaman aralığında antibiyotik etkisini göstermezse ilacı kullanmayı bırakır mısınız?

- Evet Hayır

21- Antibiyotik kullanma süresini neye göre belirlersiniz ?

- Doktorun tavsiye ettiği zamana
 İyileşme zamanına
 Prospektüse

10. ÖZGEÇMİŞ

1982 yılında İstanbul'da doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İstanbul'da tamamladı. 1999 yılında Fatih Üniversitesi Fen Fakültesi Kimya Bölümünde lisans eğitimine başlayıp, eğitimini 2004 yılında Selçuk Üniversitesi Fen- Edebiyat Fakültesi Kimya Bölümünde tamamladı. Yüksek lisans programına 2004 yılında Selçuk Üniversitesi Veteriner Fakültesi Farmakoloji&Toksikoloji Anabilim Dalında başladı.

11. TEŞEKKÜR

Bu çalışmamın kaynak temininde yardımcı olan doktora öğrencilerinden Erdiñ Sütçü ve Hikmet Akbulut'a, Haydarpaşa Numune Hastanesinde yapılan anket çalışmasına yardımcı olan Ürolog M. İhsan Karaman ve ekip arkadaşlarına, anket verilerinin istatistik değerlendirilmesinde yardımcı olan Marmara Üniversitesi hocalarından Yrd. Doç. Dr Mustafa Taşdemir'e, Konya'da bulunduğum süre içinde beni misafir eden ve çalışmamı tamamlamama katkı sağlayan arkadaşım Fatma Tanrıverdi'ye ve ailesine, desteklerini hiçbir zaman esirgememiş olan sevgili aileme teşekkürlerimi sunarım.