

**T.C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ŞANLIURFA'DA GEBE KADINLARIN İLAÇ  
KULLANIM ALIŞKANLIKLARI VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**Pınar Çağlar ALPTEKİN  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Fatma KORUK**

**ŞANLIURFA**

**2019**

**T.C.**

**HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**ŞANLIURFA'DA GEBE KADINLARIN İLAÇ  
KULLANIM ALIŞKANLIKLARI VE ETKİLEYEN  
FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ**

**Pınar Çağlar ALPTEKİN**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN**

**Doç. Dr. Fatma KORUK**

(Herhangi bir kurum tarafından desteklenmemiştir.)

**ŞANLIURFA**

**2019**

T. C.  
HARRAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ  
JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

Pınar Çağlar ALPTEKİN'in hazırladığı "Şanlıurfa'da Gebe Kadınların İlaç Kullanım Alışkanlıkları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı çalışması 06/09/2019 tarihinde jüri üyeleri tarafından değerlendirilerek **Hemşirelik** Anabilim Dalında *Yüksek Lisans Tezi* olarak kabul edilmiştir.



**BAŞKAN**

**Doç. Dr. Simga ZEYNELOĞLU**

Gaziantep Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi  
Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÜYE

**Doç. Dr. Fatma KORUK**

Harran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı  
Öğretim Üyesi

ÜYE

**Doç. Dr. Duygu VEFİKULUÇAY  
YILMAZ**

Mersin Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi  
Doğum ve Kadın Hastalıkları Anabilim Dalı  
Öğretim Üyesi

Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun .../.../20... tarih ve ..... sayılı kararıyla onaylanmıştır.

**Prof. Dr. Fuat DİLMEÇ**

**Enstitü Müdürü**

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimin süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitime katkıda bulunan, çalışmamızın her aşamasında bizlere engin bilgileriyle yol gösteren, yardımını ve desteğini sunan, sabırlı ve anlayışlı yaklaşımı ile beni her zaman cesaretlendiren değerli hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Fatma KORUK' a, araştırmanın istatistiksel analiz aşamasında hoşgörüsüyle bilgi ve yardımlarını hiçbir zaman esirgemeyen Prof. Dr. İbrahim KORUK' a, çalışmamın birçok aşamasında yardımlarını esirgemeyen, beni destekleyen çalışma arkadaşlarıma çok teşekkür ederim. Ayrıca çalışmaya gönüllü katılan tüm kadın katılımcılar ile ailelerine ve yaşantımın her döneminde, her konuda bana her türlü desteği sağlayan ve sevgilerini hiç esirgemeyen canım aileme, sevgili eşime ve biricik oğullarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Pınar Çağlar ALPTEKİN**

**2019**

<b>TEŞEKKÜR</b> .....	I
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	IV
<b>SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ</b> .....	V
<b>ÖZET</b> .....	VI
<b>ABSTRACT</b> .....	VIII
<b>1.GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	1
<b>2.GENEL BİLGİLER</b> .....	3
2.1 İlaç ve Akılcı İlaç Kullanımının Önemi.....	3
2.2 Gebelikte İlaç Kullanımının Önemi.....	4
2.3 Gebelik Döneminde Görülen Fizyolojik Değişikliklerin İlaç Kullanım ve Etkileşimi ile İlişkisi.....	4
2.3.1 Kardiyovasküler Sistem.....	4
2.3.2 Solunum Sistemi.....	5
2.3.3 Üriner Sistem .....	5
2.3.4 Gastrointestinal Sistem.....	5
2.3.5 Dolaşım Sistemi .....	6
2.4 Gebelik Döneminde Görülen Farmakokinetik Değişiklikler.....	6
2.5 Gebelikte İlaç Kullanımının Riskleri.....	7
2.5.1 Gebelikte Analjezik Kullanımı.....	7
2.5.2 Gebelikte Antibiyotik Kullanımı.....	8
2.5.3 Gebelikte Vitamin Kullanımı.....	8
2.5.4 Gebelikte GIS Hastalıkları Tedavisinde Kullanılan İlaçlar.....	9
2.5.5 Gebelikte Kullanılan Kardiyovasküler İlaçlar.....	10
2.5.6 Gebelikte Kullanılan Endokrin İlaçlar.....	11
2.6 Gebelikte İlaç Kullanımına İlişkin Risk Kategorileri ve Sınıflandırma Sistemleri.....	12

2.7 Gebelikte İlaç Kullanımında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları.....	17
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM.....</b>	<b>18</b>
3.1 Araştırmanın Tipi.....	18
3.2 Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih.....	18
3.3 Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	18
3.4 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	18
3.5 Araştırmanın Etik Boyutu.....	18
3.6 Veri Toplama Aracı.....	19
3.6.1 Veri Toplama Aracı.....	19
3.6.2 Ön Uygulama.....	19
3.6.3 Verilerin Toplanma Süreci.....	19
3.6.4 Araştırmanın Değişkenleri.....	20
3.6.5 Verilerin Değerlendirilmesi.....	20
<b>4.BULGULAR .....</b>	<b>21</b>
4.1 Gebelerin Tanıtıcı Özellikleri.....	22
4.2 Gebelerin Doktora Danışmadan İlaç Kullanımını Etkileyen Faktörler.....	37
<b>5.TARTIŞMA.....</b>	<b>39</b>
<b>6.SONUÇ.....</b>	<b>42</b>
<b>7.ÖNERİLER.....</b>	<b>43</b>
<b>8.KAYNAKLAR.....</b>	<b>44</b>
<b>9.EKLER .....</b>	<b>56</b>
EK.1. Şanlıurfa Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzin Onayı.....	56
EK.2. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı.....	57
EK.3. Veri Toplama Formu.....	58
EK.4. İntihal Raporu .....	65
EK.5. Tez Çalışması Orijinallik Raporu ve Beyan Belgesi.....	66
EK-6. Tez Veri Giriş Formu.....	67
EK-7. Özgeçmiş.....	68

## TABLolar DİZİNİ

	<u>Sayfa No</u>
<b>Tablo 2.6.1</b> FDA Gebelik Risk Kategorileri.....	13
<b>Tablo 2.6.2</b> Gebelikte İlaç Maruziyetine Dair U.S Food and Drug Administration Tarafından Kabul Edilen Yeni Anlatım Modeli.....	15
<b>Tablo 4.1.1</b> Gebeleri Tanıtıcı Bazı Özellikler.....	22
<b>Tablo 4.1.2</b> Gebelerin Gebelikle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı-1.....	25
<b>Tablo 4.1.3</b> Gebelerin Gebelikle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı-2.....	26
<b>Tablo 4.1.4</b> Gebelerin İlaç Kullanımı ile İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı..	27
<b>Tablo 4.1.5</b> Gebelerin Doktora Danışmadan İlaç Kullanımına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı .....	30
<b>Tablo 4.1.6</b> Gebelerin İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı.....	33
<b>Tablo 4.2.1</b> Gebelerin Tanıtıcı Bazı Özelliklerinin Doktora Danışmadan İlaç Kullanım Durumuna Göre Dağılımı.....	37

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>FDA:</b>	U.S Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Komisyonu)
<b>DSÖ:</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>AİK:</b>	Akılcı İlaç Kullanımı
<b>AOİK:</b>	Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı
<b>GFR:</b>	Glomerüler Filtrasyon Hızı
<b>NSAİİ:</b>	Nonsteroidal Antinflatuar İlaçlar
<b>GOR:</b>	Gastroözefagial Reflü
<b>H2RA:</b>	Histamin H2 Reseptör Antagonistleri
<b>PPİ:</b>	Proton Pompa İnhibitörleri
<b>TBS:</b>	Teratojenite Bilgilendirme Servisleri
<b>SPSS:</b>	Statistical Package for Social
<b>ICN:</b>	International Council of Nurses



## ÖZET

### ŞANLIURFA'DA GEBE KADINLARIN İLAÇ KULLANIM ALIŞKANLIKLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

**Pınar Çağlar ALPTEKİN**

**Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi**

Çalışma, Şanlıurfa il merkezindeki gebe kadınların ilaç kullanım alışkanlıklarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesinin kadın doğum polikliniklerine başvuran gebeler oluşturmuştur. Örnek büyüklüğü; konuyla ilgili çalışmalar dikkate alınarak tahmini orantı/oran/sıklık %27.8, hata sınırı %5 ve %95 güvenle yapılan hesaplamada 309 olarak hesaplanmıştır. Veriler, Tanımlayıcı Veri Toplama Formu aracılığı ile Şubat-Mayıs 2016 tarihleri arasında, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada, Harran Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve Şanlıurfa Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden yazılı izin, çalışmaya katılmayı kabul eden gebe kadınlardan sözlü onam alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama ve standart sapma; tek değişkenli analizlerden Ki-kare testi kullanılmıştır. Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 26.03 ( $\pm 5.8$ ) ve gebelik haftası ortalaması 25.6( $\pm 9.8$ )'dir. Gebelerin %76.1'i gebeliği boyunca en az bir ilaç kullanmaktadır. Gebelerin %23.6'sının doktora danışmadan ilaç kullandığı ve bu ilaçlar içerisinde en fazla analjezikleri (%21.4) kullandıkları belirlenmiştir. Gebelerin %74.4'ü doktordan ilaç hakkında bilgi istediğini, %63.8'i ilaçların prospektüsünü okuduğunu, %98.1'i ilacı doktorun önerdiği şekilde kullandığını, %57.6'sı ilacın kullanımında saat aralıklarına ve %74.1'i ilacın dozuna dikkat ettiğini, %64.4'ü evde bulunsun diye ilaç yazdırmadığını bildirmiştir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede; gebelerin doktora danışmadan ilaç kullanım durumları ile sosyo-demografik özellikleri ve kronik hastalığı olma durumları açısından aralarında fark olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Çalışma

sonuçlarına göre, Şanlıurfa Eğitim Araştırma hastanesi polikliniğine başvuran gebelerin çoğunluğunun akılcı ilaç kullanım alışkanlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda, gebelerde akılcı ilaç kullanımının yaygınlaŐtırılması, gebelik izlemlerinde akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarının da sorgulanması, gerekli durumlarda akılcı ilaç kullanımına yönelik gebe ve ailesine eğitim ve danışmanlık yapılması, hemşirelerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgilerinin güncel tutulması ve konuya duyarlılıklarının artırılması önerilmiŐtir.

**Anahtar kelimeler:** Gebe, ila, doktora danışmadan ila kullanımı, akılcı ila kullanımı, hemşirelik.



## ABSTRACT

### DETERMINATION OF PHARMACEUTICAL USAGE AND AFFECTING FACTORS OF PREGNANT WOMEN IN ŞANLIURFA

**Pınar Çağlar ALPTEKİN**

**Nursing Department, Master Thesis**

The study was conducted as a descriptive study in order to determine the drug use habits of pregnant women in Şanlıurfa province. The population of the study consisted of pregnant women who applied to gynecology outpatient clinics of Şanlıurfa Training and Research Hospital. Sample size; The estimated ratio / ratio / frequency was calculated as 27.8%, the error limit was calculated as 309 in the calculation with 5% and 95% confidence. Data were collected from the Descriptive Data Collection Form between February and May 2016 using face to face interview technique. In the study, written consent of Harran University Ethics Committee and Şanlıurfa Public Hospitals Union Secretariat were obtained and oral consent was obtained from pregnant women who agreed to participate in the study. In the evaluation of the data, percentage, average and standard deviation from descriptive statistics; Chi-square test was used for univariate analysis. The mean age of the pregnant women participating in the study was 26.03(± 5.8) and the mean gestational age was 25.6 (± 9.8). 76.1% of pregnant women use at least one drug during pregnancy. It was determined that 23.6% of the pregnant women used drugs without consulting a doctor and analgesics were the most (21.4%) of these drugs. 74.4% of the pregnant women asked the doctor for information about the drug, 63.8% read the prospectus of the drugs, 98.1% used the drug as prescribed by the doctor, 57.6% paid attention to hour intervals and 74.1% paid attention to the dose of the drug. ü reported that he had not prescribed medication so that he would be present at home. In statistical evaluation; It was determined that there was no difference in terms of drug use status, socio-demographic characteristics and chronic disease status of pregnant women without consulting doctor ( $p > 0.05$ ). According to the results of the study, it was determined that the majority of pregnant women who applied to Şanlıurfa Training and Research Hospital

outpatient clinic had the habit of rational drug use. In line with these results, it was proposed to increase rational drug use in pregnant women, questioning rational drug use habits during pregnancy follow-ups, training and counseling to pregnant and family about rational drug use when necessary, keeping current knowledge of rational drug use and increasing sensitivity to the subject.

**Keywords:** Pregnant, drug, drug use without consulting a doctor, rational drug use, nursing.



## 1.GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilacı, "fizyolojik sistemleri ya da patolojik durumları kullananın yararına değiştirmek amacıyla kullanılan ya da kullanılması öngörülen madde ya da ürün" olarak tanımlamaktadır (1). Bütün dünyada doğru olmayan, gereğinden fazla veya az, etkisi olmayan ve yüksek maliyetli ilaç kullanımı, çeşitli boyutlarda birçok soruna neden olmaktadır. Bu konuda yapılmış olan araştırmalarda tespit edilen temel problemler arasında; fazla ilaç yazdırılması, ilaçların doğru kullanılmaması, temel ilaç listelerine veya güncel kılavuzlara uygun olmayan ilaçların reçetelere edilmesi, özel hasta gruplarına uygun olmayan ilaç yazılması, gereksiz yere pahalı ilaçların kullanımı, gereksiz yere antibiyotik tüketimi ya da gereksiz yere enjeksiyon önerilmesi sayılabilir (2-4). Yerel ve evrensel çok çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişen bu tür sorunlar, Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı (AOİK) olarak nitelendirilmektedir (3-4). Nairobi’de 1985 yılında DSÖ’nün yaptığı toplantı, Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) çalışmaları için başlangıç sayılır. Bu toplantıda AİK; “kişilerin ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünüdür” olarak tanımlanmıştır (2).

Gebelikte ilaç kullanımı ise hem çevresel kimyasallar hem de hastalıklar dolayısı ile gebe kadınların maruz kaldığı bir durumdur. Gebelik boyunca gebe kadınların %80’ inden fazlasına en az bir kere ilaç reçete edildiği görülmektedir (5). Kullanılan ilaçlar hem annenin hem de fetüsün sağlığını yakından ilgilendirdiğinden ve birçok ilacın potansiyel teratojenik etkisi henüz ortaya konulamadığından dolayı ele alınması gereken önemli bir konudur (6). Gebelikte kullanılan ilaç çeşitleri 1976-1978 yılları arasında ortalama 2.5 iken, 2006-2008 yılları arasında bu sayı 4.2 olmuştur. Gebelikte ilaç kullanımı dört şekilde gözlenmektedir. Bunlar; gebelik durumunu bilmeden kullanılanlar, gebelikte kullanılması gerekenler, kronik bir hastalığa sahip olup (hipertansiyon, epilepsi vb.) buna bağlı kullanılması gerekenler ve gebelikte oluşan yeni bir hastalık durumunun tedavisi için kullanılan ilaçlardır (6-7).

Gebelikte ilaç maruziyetinin en sık karşılaşıldığı dönem gebeliğin bilinmediği dönemdir (8). Konjenital anomalilerin %4-6’sı genetikten değil kullanılan ilaçlara bağlı teratojenlerden kaynaklanmaktadır. Bebek ölümlerinin ise %20’ sinin nedenini ilaç

kullanımları oluşturur (9). Gebelerin sedatif ve antiemetik etkisiyle kullandığı talidomit 10.000'den fazla bebek en sık ekstremitte defekti olmak üzere çeşitli konjenital defektlerle doğmuştur (10-11). Talidomit gibi çok bilinen teratojenik ilaçlarla normal popülasyonda beklenen konjenital malformasyon riskinin artmış olduğu bilinmekle birlikte ilaçların %90'ından fazlası hakkında yeterli bilgi yoktur (12-13). İlaç kullanan gebenin teratojenik risklerin değerlendirilebilmesi için verilerinin kayıt altına alınması, prenatal takiplerinin düzenli yapılması ve gebe doğum yaptıktan sonra takiplerinin de aynı şekilde düzenli olarak yapılmasına önem göstermek gerekmektedir (14-15).

Türkiye' de gebelerde ilaç kullanım sıklığını inceleyen bir çalışmada ilaç kullanımı tahmini %27.8 olarak belirlenmiştir (16). Ülkemizde yapılan çalışmalarda yüksek riskli grupta yer alan ilaç kullanımı %9,8 olarak bildirilmiştir ve ilaç kullanımı nedeniyle sonlandırılan gebelik oranı ülkemizde %33,33'tür (17,18). Yine ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde gebelikte en çok kullanılan ilaçlar antiinfektifler, analjezikler, antidepresan, antigribal ve antibiyotiklerdir (17,19). Gebeliğin geç dönemlerinde analjezik alan gebelerin çocuklarında duktus arteriozusun erken kapanmasına ve neonatal dönemde pulmoner hipertansiyona neden olabilmektedir. (20). DSÖ tarafından 1968 yılında oluşturulan Uluslararası İlaç İzleme Programında 2012 itibari ile İsveç Uluslararası Veri Tabanına 7 milyon advers etki kaydedilmiştir (21).

Akılcı ilaç kullanımında hemşirelere büyük sorumluluk düşmektedir. Bu sorumluluk hem Hemşirelik Yönetmeliğinin 7. maddesinde (hasta ve ailesinin eğitimini planlama, hastaları, bakım ve tedavi yöntemleri ile olası yan etkileri hakkında bilgilendirme, hastaların güncel ve güvenilir sağlık bilgisine ulaşmasını sağlama), hem de Uluslararası Hemşireler Birliğinin (ICN) 2005 yılında belirlemiş olduğu temada (hemşirelerin ilaçların idaresi ve uygulanmasında ön planda olduğu ve özellikle primer sağlık alanında çalışan hemşirelerin bu alanda önemli rolünün bulunduğu) belirtilmiştir (22).

Şanlıurfa doğurganlığın (toplam doğurganlık hızı 4.1) fazla olduğu, buna göre gebe nüfusun yüksek olduğu bir ildir (23). Bu açıdan değerlendirildiğinde bu bölgede gebelerin ilaç kullanım alışkanlıklarının takip edilmesi anne bebek sağlığı açısından daha fazla önem kazanmaktadır. Yapılan literatür taramasında, bölgede gebelikte ilaç kullanım alışkanlıkları ile ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu konuda yapılacak çalışmalar, anne-bebek sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik hizmetlerin planlanması, uygulanması ve sunumunda önemli veri kaynakları olacaktır. Bu nedenle araştırma Şanlıurfa'da gebe kadınların ilaç kullanım alışkanlıklarını ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. İlaç ve Akılcı İlaç Kullanımı

İlaç, DSÖ tarafından, "fizyolojik sistemleri ya da patolojik durumları kullananın yararına değiştirmek amacıyla kullanılan ya da kullanılması öngörülen madde ya da ürün" olarak tanımlanmaktadır (1).

Sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez ögesi olan ilaç, doğru tanıyla birlikte uygulandığında tedavi sürecinde bireyleri iyileştirirken, yanlış tanı ve tedavi de bireyin iyileşmemesi hatta tekrar yeni bir tedavi uygulanarak, toksik etki gösterip yaşama son verebilen bir madde olması nedeniyle, insan ve toplum sağlığı açısından önemli bir yere sahiptir (92).

Bütün dünyada yanlış, etkisi olmayan, gereğinden fazla ya da az ve oldukça maliyetli ilaç kullanımı farklı boyutlarda çeşitli birçok probleme sebep olmaktadır (24). Bu problemlerin yaşanmaması için çeşitli yollar aranmış ve en uygun önlemler almaya çalışılmıştır. Alınan bu önlemlerden birisi de 'Akılcı İlaç Kullanımı' uygulamalarını hayata geçirmek olmuştur (24). Akılcı ilaç kullanımı; "kişilerin ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünüdür" olarak tanımlanmıştır (2).

Akılcı ilaç kullanım süreci; hastanın doktora başvurmasıyla başlayıp, doktorun hastaya doğru tanıyı koyup tedavisinin düzenlenmesiyle, eczacının uygun şartlarda ilacı sağlamasını, hemşirenin ilacı doğru ilkelere göre uygulaması, hasta yakını ve hastanın ilacı edinmesiyle birlikte akıllı ilaç kullanımını benimsemesini ve uyum sağlamasını gerektiren uzun bir süreçtir (25).

Akılcı ilaç kullanım kriterleri (29);

- Doğru tanı,
- Doğru ilaç; doğru doz, doğru yol ve tedavi sanatı ile sunmak ve doğru süre de kullanmak,



- Tedavi sonucunu değerlendirmek; yan etkilerini ve hasta uyumunu gözlemlemek,
- Çoklu ilaç kullanılacak ise ilaçların etkileşimlerini değerlendirmek,
- Planlanan tedavinin gerçekleştirilmesine ve maliyetine dikkat etmektir.

## **2.2. Gebelikte İlaç Kullanımının Önemi**

Gebelikte ilaç kullanımı, gebelikte değişen fizyoloji ve anatomi, dolayısıyla gebe hastaya uygulanan tedavilerin farmakokinetiğini değiştirmekle beraber birtakım tedavi edici ajanların tahmin edilenden daha fazla plasenta yoluyla fetüse geçerek teratojenik etki gösterebilmekte olduğundan dolayı dikkat gerektiren bir konudur (26-27).

Teratojenik etki; bazı ilaçlara, kimyasal maddelere, enfeksiyona ya da radyasyona maruziyet ile gebelik döneminde direkt olarak ya da plasentadan fetal dolaşıma geçerek fetusta gelişimsel ve işlevsel bozukluklara yol açmasıdır. Organogenezden önce gerçekleşen bir teratojen maruziyetinde gebelik abortus ile sonuçlanabileceği gibi, embriyo hiç etkilenmeden hayatına devam edebilir. Bazı teratojenlerde ise durum çok farklıdır; organogenezden önce maruz kaldıklarında malformasyona neden olurlar çünkü aktif hale gelebilmeleri için zamana ihtiyaçları vardır (28).

## **2.3. Gebelik Döneminde Görülen Fizyolojik Değişikliklerin İlaç Kullanım ve Etkileşimi ile İlişkisi**

### **2.3.1. Kardiyovasküler Sistem**

Gebelik döneminde kardiyak output %30-50 arası artarken buna bağlı olarak kalp hızı ve atış hacminde de artış görülür. 28-32. haftalarda plato yapar ve sonraki haftalarda stabil kalır. Kardiyak output artarken sistemik ve pulmoner vasküler resistans düşer. Gebelikte kan hacmi de %40-50 oranında artış gösterir ve bu artış 32. haftada pik yapar. Kan hacminin artışıyla hemodilüsyonel anemi ve albümin seviyesi düşer. Hidrofilik maddelerin dağılım hacmi artar. Protein bağlanma özelliği yüksek olan ilaçlar daha yüksek serbest kan seviyesi gösterir (26,27,30). Özellikle gebelikten önce hipertansiyonu

olan ve antihipertansif ilaç kullanan gebelerde uterus ve böbreklerdeki kan dolaşımının artmasıyla ciddi önem taşımaktadır (26,27,31).

### **2.3.2. Solunum Sistemi**

Gebelikte östrojen seviyesinin artmasıyla solunum sisteminde damarlanma artışı ve mukozal ödem gözlenir. Bu da burun kanaması ve rinit oluşumuna neden olur. Gebenin inhale ilaç kullanmasıyla burun mukozasından daha fazla emilme olasılığı vardır. Gebelik ilerledikçe karın içi basıncın artmasından dolayı diyafragma 4-5 cm yukarı itilerek akciğerde alveoler kolapsa neden olur. Bu durum akciğer kapasitesinin %10-20 arasında azalmasına neden olur (26,27,32).

### **2.3.3. Üriner Sistem**

Progesteronun gevşetici etkisiyle üriner sistemde dilatasyonla üriner staza neden olur ve gebe kadın enfeksiyona daha yatkın hale gelir. Renal kan akımında %50 artış olur. Glomerüler filtrasyon hızında (GFR) da yaklaşık aynı oranda artış görülür. GFR de ki artış daha fazla sodyumun kaybedilmesine neden olurken bir yandan da artan aldesteron seviyesi sodyumu geri tutar ve bunu dengeler. GFR de görülen ciddi bir artış ise serum kreatin ve kan üre azotunu düşürür. Bu değişiklikler ilaçların farmakokinetiğini etkiler. Böbreklerden atılan ilaçların eliminasyon hızının artmasına ve daha kısa yarı ömre sahip olmasına ve hidrofilik ajanların çabuk dağılmasına neden olurlar (26,27,30).

### **2.3.4. Gastrointestinal Sistem**

Artan progesteronun etkisi ile mide boşalma hızı ve ince bağırsaklardan geçiş hızı uzamaktadır. Bunlara ek uterusun büyümesiyle intragastrik basınç ile alt özefagiya sfinkterin kas tonusundaki azalmaya bağlı gastroözefagiya reflü oluşur. Plesantadan yapımına bağlı serum alkalin fosfataz seviyesinde artış meydana gelir. Östrojene bağlı prtoetinlerde artış, progesterona bağlı safra kesesi molilitesi düşer ve gebe kolelitiazis riski taşır. Bütün bu değişiklikler oral yolla alınan ilaçların absorpsiyonunda ve etkisinin başlamasında gecikmeye sebep olur. Böylelikle oral yolla alınan ilaçların biyoyararlanım ile ilişkilerini etkiler. Gebeliğin ilk dönemlerinde meydana gelen bulantı, kusma ve gebelikte prevelansı artan konstipasyon şikayetleri ilaç emilimini azaltmaktadır (26,27,30).

### 2.3.5. Dolaşım Sistemi

Gebelikte alyuvar ve eritrosit sayısında artış meydana gelir. Koagülasyon ve fibrinolitik yollarda da değişiklikler oluşur. Plazma fibrinojen, pıhtılaşma faktörleri ve von Willebrand faktör seviyesindeki artış koagülasyon artışına sebep olur (26,27).

### 2.4. Gebelik Döneminde Görülen Farmakokinetik Değişiklikler

Gebelik sırasında akciğer, deri ve gastrointestinal yoldan alınan ilaçların absorpsiyonlarında değişiklikler meydana gelebilmektedir. Akciğerlerden emilen ilaçların absorpsiyonlarını etkileyen durumlar;

- Artan pulmoner kan dolaşımı,
- Kalp debisinin hiperventilasyona neden olması,
- Solunum sayısının artması ile alveollerden dolaşıma geçen ilaç dozunun artmasıdır (33-34).

Artan ekstraselüler sıvı ve kan akım hızı deri ve mukozadan alınan ilaçların dağılımını etkilemektedir. Gebelikte meydana gelen gastrointestinal değişiklikler ise yavaş absorbe olan ilaçların oral biyoyararlanımlarını artırabilirken, hızlı absorbe olan ilaçların ise plazma pik konsantrasyonlarını azaltabilmektedirler (35). Periferel perfüzyon hızının artmasıyla intramüsküler yolla vücuda alınan ilaçların absorpsiyonunu da arttırabilir (36).

Kardiyovasküler sistemde meydana gelen değişiklikler ile uterus ve renal perfüzyonda artma gözlenir ve alınan ilaçların dağılım yoğunluklarını değiştirir. Alınan ilaçların serum düzeylerinde düşme görüleceğinden ötürü daha fazla dozlarda ilaç yüklemesi yapmak gerekir (26,37-38).

Gebelikte karaciğerdeki bazı enzimlerin aktivite artışı görülürken bazılarında azalma olur bu da ilaç metabolizmasını değiştirir. Yüksek hepatik ekstraksiyon oranına sahip ilaçlarda enzim aktivitesi artınca ya da hepatik kan akımı azalınca ya/yada protein bağlanma oranı azalınca biyoyararlanım da bununla beraber azalır. Düşük hepatik

ekstraksiyon oranına sahip ilaçlarda ise biyoyararlanım etkilenmez (26). Gebelikte karaciğer tarafından yavaş metabolize edilen ilaçlar kan akımının ve hepatik enzim aktivitesinin de azalmasıyla çok daha yavaş metabolize edilirler ve kanda daha uzun süre kalmalarıyla toksisite riskini arttırmaktadırlar. Birçok antibiyotik, panküronyum, fenitoin, asetaminofenin karaciğerde eliminasyon oranı artar (26,35).

## **2.5. Gebelikte İlaç Kullanımının Riskleri**

### **2.5.1. Gebelikte Analjezik Kullanımı**

Analjezikler, erken doğumu, semptomatik polihidroamniyozu ve preeklampsiyi önlemede, primer dismenorede, rahim içi araçlardan kaynaklanan dismenore ve menorajileri tedavi etmekte de kullanıldığı için hekimler tarafından sık reçete edilmektedir (40). Gebelik boyunca ilaç kullanan kadınların %50'sinde, analjeziklerin gebeliğin bütün dönemlerinde vitaminlerden sonra en çok kullanılan ilaç grubu olduğu belirtilmektedir (39). Gebeliğin geç dönemlerinde analjezik alan gebelerin çocuklarında duktus arteriozusun erken kapanmasına ve neonatal dönemde pulmoner hipertansiyona neden olabilmektedir. (20). Gebelikte analjezik kullanımına bağlı ortaya çıkabilecek sorunlardan bazıları şunlardır;

**Spontan abortus:** Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların (NSAİİ) kullanımı ve abortus arasında artmış bir korelasyon gösterse de bu çalışmalardaki metodolojik problemler nedeniyle analjezik kullanımı ve abortus arasında ikna edici bir bağlantı olduğu düşünülmemektedir (42-43).

**Konjenital defektler:** NSAİİ ile konjenital defektle ilgili yapılan çalışmaların bazılarında sonuçlar çelişkili çıkmıştır (44-45).

**Kriptorşidizm:** Prostaglandin inhibasyonunun etkisiyle muhtemel risk vardır. Bazı çalışmalarda aspirin, ibuprofen ve asetaminofenin konjenital kalp kriptorşidizm ile doza bağlı bağlantı bulunmuştur. İkinci trimesterde güvenli kabul edilse de NSAİİ'lerin bu dönemde zararlı etkilerinden bahsedilmektedir (46-47).

**Fetal renal hasar:** Böbreklerde kan akımını azaldığından dolayı, NSAİİ'ler kalıcı yapısal değişikliklere kadar varan renal hasar verebilmektedir. Bu etki prostaglandin sentezinin inhibasyonuna bağlı olabileceği düşünülmektedir (48-49).

**Fetal yan etkiler:** NSAİİ'ler genellikle küçük molekül yapısına sahip olduklarından dolayı plasentayı rahatlıkla aşabilirler (50). Özellikle 3. trimesterde ciddi yan etkilere sebep olabileceğinden kaçınılması önerilir. Neonatal periventriküler hemoraji, patent ductus arteriozis (PDA), renal hasar, nekrotizan enterekolit, yenidoğanın persistan pulmoner hipertansiyonu görülebilen ciddi yan etkilerdir (51-52).

### **2.5.2. Gebelikte Antibiyotik Kullanımı**

Penisilin ve türevleri (prokain, benzatin, klavulanat, tazobaktom) plasentadan geçer fakat gebelikte kullanımı güvenli kabul edilen FDA sınıflandırmasına göre B sınıfında bulunmaktadır (53).

Gram negatif basillere etki eden ve oldukça sık kullanılan aminoglikozidlerin gebelikte kullanımı risklidir. Ototoksik ve nefrotoksik etkilerinin beklenmesine ve bu konuyla ilgili çalışmaların olduğu görülmektedir. Fakat bu etkilerin olmadığı başka çalışmalar da mevcuttur (54-55).

Gebelikte sık görülen idrar yolu enfeksiyonunda kullanılan kinolonlar plasentayı geçerek amniyotik sıvıda bulduklarından dolayı gebelikte kullanılması güvenli değildir (56). Yapılan bir çalışmada ise florokinon kullanımına bağlı teratojenik bir etki olmadığını belirtmektedir (57).

Tetrasiklinler, fetüse olan olumsuz etkilerin yanı sıra annede de ölümcül karaciğer yağlanmasına neden olabileceğinden gebelikte kullanılması sakıncalıdır. Kalsiyuma şelasyonla bağlanarak kemik gelişiminde bozukluklara ve dişlerde renk değişimlerine neden olurlar. Bu yüzden gebeliğin 15. haftasından itibaren kullanılmaz (58).

### 2.5.3. Gebelikte Vitamin Kullanımı

Gebelik döneminde fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak için maternal adaptif değişiklikler olur, bu nedenle gebelik boyunca anneden bebeğe, ilk 24 hafta günde 60 mg, 35-40 haftalar arasında ise günde 300/350 mg olmak üzere ortalama 30 g kalsiyum, 20 g fosfor, 0,8 g magnezyum geçmektedir. Bu nedenle gebeliğin 3. trimesterinde günde 1200 mg kalsiyum takviyesi önerilir (59).

Gebelikte maternal D vitamini düzeyi fetal D vitamini düzeyi ile yakından bağlantılıdır. Fetüsün cilt, kemik, ince barsak, kolon, pankreas, paratiroid bezi, bağışıklık sistemi gelişimi ve karbonhidrat metabolizması için D vitamini oldukça önemlidir (60). Maternal D vitamini eksikliğinde;

- Pre-eklampsili kadınlarda serum 25 hidroksi-D vitamini düzeyi düşük bulunmuştur (61).
- Erken doğum (37 haftadan önce) ve D vitamini seviyesi düşüklüğünde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (62).
- D vitamininin gebelikte düşük olması annede ve yenidoğanda; kemik mineral dansitesinde azalma, osteomalazi ve miyopatiye sebep olmaktadır. Aynı zamanda D vitamini eksikliği ile doğan çocuklarda erken raşitizm görülme riski fazladır (63).
- Yapılan meta analiz çalışmasında gestasyonel diyabet riski normalden %49 oranında fazla bulunmuştur (odds ratio: 1,49; %95 güven aralığı: 1,18-1,89) (64).

Bu nedenlerden dolayı İngiltere Sağlık Bakanlığı ve Kanada Pediatri Derneği gebelikte alınan D vitamini takviyesinin önemli olduğunu ve günlük alınması gereken dozu günde 200-400 IU arasında önermektedir (65).

#### **2.5.4. Gebelikte Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Tedavisinde Kullanılan İlaçlar**

Antiasitler gebelikte gastroözefagial reflü (GÖR) hastalıklarının tedavisinde kullanılan hızlı etkili ilaçlardır. Alüminyum, kalsiyum ve magnezyum içeren antiasitler mide yanması ve asit reflüsü için kullanılan ve çalışmalarda teratojenik etkisi görülmeyen ilaçlardır (66-68).

Aljinatlar, genel olarak antiasitler ile beraber kullanılmaktadır ve gebeliğin 2. ve 3. trimesterlerinde güvenli olarak kabul edilmektedirler (68). Sülfakrat, GÖR semptomlarının tedavisinde risk oluşturmadan gebeliğin bütün dönemlerinde kullanılabilir (66,69).

Histamin H2 reseptör antagonistleri (H2RA), beslenme ve yaşam değişikliklerine rağmen şikayetleri devam eden ve birinci basamak tedaviye yanıt alınamayan durumlarda kullanılır (66). Gebelikte H2RA kullanımı oldukça güvenlidir (70).

Proton pompa inhibitörleri (PPI), asit baskılamada ve semptom kontrolünde oldukça etkili olan bu ilaçlar yapılan çalışmalarda doza bağlı fetal ve embriyonik mortalite görülmesinden dolayı FDA bu ilaçları risk grubunda görüp C kategorisine almıştır (66).

Hacim oluşturucu laksatifler, gebelikte konstipasyonun tedavisinde uzun süre ve güvenli bir şekilde kullanılabilirler (71-72).

Aminosalisatlar İBS tedavisinde oldukça sık kullanılır ve gebelikte kullanımı (sülfasalazin, balsalazid, olsalazin ve mesalamin gibi) güvenli kabul edilmektedir (73-74).

Korikosteroidler de İBS alevlenmesinin tedavisinde kullanılır fakat gebeliğin geç dönemlerinde kullanılması yenidoğanda adrenal yetmezliğe sebep olabilmektedir (75).

Gebelikte oluşan bulantı ve kusmanın yönetiminde eğer dehidratasyona neden olmayan bir durum var ise öncelikle diyetin değiştirilmesi, bulantıyı tetikleyen etkenlerden uzak durulması ve B6 vitamini takviyesi yapılır. Ekstra olarak antihistaminik (doksilamin) güvenlidir (76).

### **2.5.5. Gebelikte Kardiyovasküler İlaçlar**

Güncel yayınlara göre hafif veya şiddetli seyreden hipertansiyona metildopa, hidralazin, labetalol, nifedipin kullanılır (77). Fakat Amerikan Hipertansiyon Derneği'ne göre, hiçbir antihipertansif tamamen güvenli değildir. İlaç kararı verilirken diyastolik kan basıncı (>100mmHg) ve eşlik eden durumlar (organ hasarı, böbrek hastalığı gibi) göz önüne alınmasını önerir (78). Bir çalışmada ilk trimesterde kullanılan antihipertansifin doğumsal anomali riskini arttırdığı bulunmuştur (79).

Tansiyon düşürücü ilaçlar arasından "ACE inhibitörleri" teratojendir ve gebelikte kullanılmazlar. Beta bloker ilaçlar hem aritmi hem de hipertansiyon tedavisinde kullanılırlar. Fakat gebelikte büyüme geriliğine neden olabileceğinden önerilmemektedir. Bütün bunlara rağmen farkında olmadan bu ilaçları kullanmak gebeliği sonlandırmak için yeterli değildir. Genel olarak kardiyovasküler ilaçlar değerlendirildiğinde bazı ilaçlar haricinde teratojen değildir ve önemli bir risk oluşturmazlar (80).

### **2.5.6. Gebelikte Endokrin İlaçlar**

Gebe eğer diyabet tanısı almışsa fetüste iskelet sistemi, kardiyovasküler sistem ve gastrointestinal anomalilere yol açabileceğinden dolayı insülin kullanması gerekir (81). Gebe oral bir tedavi alıyorsa metformin kullanması ve sonrasında insüline geçilmesi önerilmektedir. Tolbutamid ve klorpropamid plesentadan fetüse geçer ve fetüste hiperinsülinemiye neden olur. Bu durumun makrozami ve oksijen ihtiyacını arttırabileceği bilinmektedir (82).

Tiroid ilaçlarından levotiroksin gebeliğin tüm evrelerinde kullanılması güvenli kabul edilmektedir (83). Tedavi edilmeyen maternal hipotiroidizm düşük doğum ağırlığı, preterm eylem, preeklamsi, plesental ayrılma ve buna bağlı olarak komplikasyonlara neden olabilmektedir (84).

Radyoaktif iyot hipertiroidizm, toksik adenom ve guatrda kullanılan bir ajan olup gebelikte kesinlikle kontrendikedir. Bu ilaç kullanılırken karşılaşılan sık durumlardan biri ise gebelik daha bilinmiyorken ilaca maruziyettir. İlacı kullanan gebenin haftası bu konuda önemlidir (85).



Kortikosteroidler fetüs açısından anomali (yarık damak, büyüme geriliği) riski içermektedir. Fakat ilacın alım zamanının gebeliğin kaçınıcı haftasında olduğu ve alınan doz önemlidir. Fetüsteki etkilerini en aza indirmek için en düşük konsantrasyonda kullanılması önerilir (86).

## **2.6. Gebelikte İlaç Kullanımına İlişkin Risk Kategorileri ve Sınıflandırma Sistemleri**

Gebelik sırasında ilaç kullanımı ve teratojenik etkiler yeni bir konu sayılabilir ve sürekli değişim göstermektedir. Gebelikte ilaç risk kategorilerini sınıflandıran, 1978 yılında FASS (Farmaceutiska Specialiteter i Sverige = İsveç Onaylı İlaçlar Kataloğu) kategorileri ve 1979' da FDA (U.S. Food and Drug Administration = Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi) kategorilerinin kullanımı şimdilerde tartışılmaktadır. En yaygın şekilde kullanımı olan FDA gebelik risk kategorilerinde olduğu gibi basit harf kullanımının yerine daha öyküsel bir anlatım önerilmektedir (80).

FDA gebelik risk kategorileri ilaçların gebelikteki etkilerine dair gerçekleştirilmiş olan deneysel hayvan ve insan çalışmalarının sunum biçimidir (87-88). Üreticilerin sistemik olarak absorbe olmayan ya da fetüs üzerine olumsuz etkileri olan ilaçlar için prospektüste FDA gebelik risk kategorilerini bulundurmalarını zorunlu tutmuştur (89) (Tablo-2.6.1).

**Tablo 2.6.1.** FDA Gebelik Risk Kategorileri (90).

<b>Kategori</b>	<b>Tanım</b>
A	Gebelerde yapılan çalışmalarda ilacın ilk trimesterde fetüste teratojenik etki riskinin olmadığını kategori. (Örnek: Prenatal vitaminler)

**Tablo 2.6.1.** FDA Gebelik Risk Kategorileri (Devam)

---

B	Hayvanlarda yapılan çalışmalar ilacın fetuste teratojenik etki yapma riski olmamasına karşın insanlar üzerinde çalışma yoktur ya da hayvanda teratojenik risk olmasına rağmen insanda yapılan çalışmalar fetuste teratojenik etki göstermemiştir. (Örnek: Penisilinler)
C	Hayvanda teratojenik risk olmasına karşın gebeler için yapılmış çalışma yok.
D	Yaşamı tehdit eden hastalık halinde kullanılması gereken ilaçlardır. (Örnek: Karbamazepin ve fenitoin)
X	Hayvanlarda ve insanlarda yapılmış çalışmalarda teratojen riski kesin ve teratojen riski yararından fazla olan ilaçlardır. Gebelik sırasında kesinlikle kullanılmaz. (Örnek: İsoetretinoin)

---

Teratoloji Derneği üyeleri ve klinisyenler tarafından, 1990'lı yıllarda FDA gebelik risk kategorilerinin önemli eksiklikleri olduğu vurgulanmıştır. Teratoloji Derneği'nin önemli çabaları ile FDA yetkilileri söz konusu eksiklikleri tartışmak için aşağıdaki eleştiri ve değerlendirmeleri ele almıştır (87-89).

- Kategoriler, basit bir risk anlatımı nedeni ile riski belirtmekte yetersizdir.
- Kategoriler A'dan X'e doğru riskin arttığı yönünde bir algı sunmaktadır.

- Aynı kategoride yer alan ilaçların teratojenik etki risklerinin aynı olduğuna dair algı neden oluşturmaktadır.
- Kategoriler yan etkileri, etkinin şiddetini, insidansını ya da dozunu, süre, sıklık, kullanım yolu, maruziyet zamanı ya da etki tipi açısından ayırt edilememektedir.
- Kategoriler, gebeliği bilmeden ilaç kullanımına dair riskler açısından yetersizdir ve planlı gebelikte kullanılan ilaçlara odaklanmıştır.
- Kategoriler hayvan ve insan verileri vurgusu açısından ayırt edici değildir.

Bu eleştiri ve geri bildirimleri dikkate alan FDA, yeni bir anlatım tarzı oluşturmak için aralarında kadın hastalıkları ve doğum hekimleri, aile hekimleri ve ebelerin olduğu odak grupları ile ayrıntılı şekilde çalışmıştır. Nihayetinde öyküleştirilmiş tarzda düzenlenmiş bir anlatımın daha uygun olduğuna karar verilmiştir (88-89) (Tablo-2.6.2).

**Tablo 2.6.2.** Gebelikte İlaç Maruziyetine Dair FDA'nın Kabul Ettiği Yeni Anlatım Modeli

Başlıklar	Kapsam
Gebelik kayıt sistemi	İlacın gebelikteki maruz kalımına sair kayıt sistemi yada çalışma varsa kayıt yaptırmak, isteyen gebelere iletişim bilgileri
Gebeliğe dair bazal risk ifadesi	Tüm gebelerde ilaç kullanımından bağımsız olarak belirli bir oranda doğum defekti, kayıp ya da diğer istenmeyen sonuç riskleri bulunmaktadır. Aşağıdaki fetal risk özeti A ilacının gelişimsel anormallikleri bu bazal riskin ne kadar üzerine çıkarma potansiyeli olduğunu tanımlamaktadır." gibi bir ifade olacaktır.

**Tablo 2.6.2.** Gebelikte İlaç Maruziyetine Dair FDA'nın Kabul Ettiği Yeni Anlatım Modeli (Devam)

<b>Başlıklar</b>	<b>Kapsam</b>
Fetal risk özeti	Var olan veriler üzerinden kullanılan ilacın insanlarda anomalileri ne oranda arttırabileceği kategorize edilecektir. İlaçların uygulama yolu (sistemik, topikal vb.) göz önünde bulundurulacaktır. Bu bölümde aşağıdaki konular yer alacaktır.
Klinik Değerlendirmeler	Gebelik henüz öğrenilmeden önceki maruz kalımlar, gebelere yönelik reçete kararları. İlaç kullanımına sebep olan hastalığın gebe ve fetüse riskleri, gebelikte doz ayarının belirlenmesi, gebelikte artan ya da anneye bağlı istenmeyen etkiler. ilaca maruz kalınan doz, zaman ve süre yenidoğanın olası komplikasyonları ve müdahale metotları, ilacın doğum sırasında etkileri.
Veriler	İnsan verilerine öncelik verilmek üzere, insan ve hayvan verileri önce olmak üzere; çalışma tipi, ilaca ne kadar maruz kalındığı (Doz, Süre, Zaman) ve fetüste oluşmuş gelişimsel bir anomali ya da istenmeyen başka etkiler, olumlu ve olumsuz insan verileri, çalışmaya alınan olgu sayısı ve çalışma süresi, çalışılan tür ve dozu, insan dozu değerinde tanımlanan hayvan verileri.

## 2.7. Gebelikte İlaç Kullanımında Hemşirenin Rol ve Sorumlulukları

İlaç kullanımı, insan sağlığının korunması ve sürdürülmesinde etkili bir yöntemdir. Fakat kontrollü bir şekilde gerçekleştirilmeyen ilaç kullanımı gerek insan sağlığının bozulmasına gerekse ekonomik ve sağlık işgücü gibi birçok değer kaybına neden olabilmektedir. Akılcı ilaç kullanım sürecinin doğru bir şekilde sürdürülebilmesi için hekim, eczacı, hemşire, hasta ve yakınlarına büyük sorumluluk düşmekte; bu kişilerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışlarıyla paralellik göstermektedir (91).

Ülkemizde hemşirenin bu sorumluluğu, Sağlık Bakanlığının 8/3/2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinin 7. maddesinde “Hasta ve ailesinin eğitimini planlama, hastaları, bakım ve tedavi yöntemleri ile olası yan etkileri hakkında bilgilendirme, hastaların güncel ve güvenilir sağlık bilgisine ulaşmasını sağlama” olarak ifade edilmiştir. Ayrıca Uluslararası Hemşireler Birliğinin [International Counsel Nursing (ICN)] 2005 yılında belirlediği “Dünya Hemşireler Günü” temasında Türkiye’nin üyesi olarak bulunduğu ICN’e üye olan ülkelere hemşirelerin ilaçların idaresi ve uygulanmasında ön planda olduğunu ve özellikle primer sağlık alanında çalışan hemşirelerin bu alanda önemli rolü bulunduğunu bildirmiştir. Buna ek olarak ilaç kullanımındaki riskler konusunda da bireylere bilgi vermek için hemşirelerin eğitim rolü olduğu vurgulanmıştır (92).

Buna göre bireyleri kullandıkları ilaçlar konusunda bilgi verme sorumluluğu kolaylıkla ulaşabilecekleri toplum sağlığı hemşiresinindir. Hemşire ev ziyaretlerinde eğitim rolünün bir parçası olarak evde olan ilaçları kontrol etmeli ve ilaçlar konusunda gebeleri bilgilendirmelidir (92).

Gebe ve sağlık çalışanlarına teratojenite danışmanlığı yapan yerler teratojenite bilgi servisleri (TBS) dir. Teratojenite bilgi servisleri dünyada gebelik sırasında kimyasal/fiziksel maruziyetlerin kaydedilip, incelenmesi ve takip edilebilmesi, gelişebilecek malformasyonların erken teşhisi, gereksiz abortusların önlenmesi gibi amaçlarla kurulmuştur (93,98).

İlaç ve sağlık sektöründe hızlı gelişmeler olmakta, gebelikte ilaç kullanımı konusunda özellikle kadın-doğum alanı ile ilgili hemşirelerin sürekli bilgilerini güncel tutması ve gerektiğinde destek alabileceği yerleri bilmesi önemlidir.

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Yürütüldüğü Tarih**

Araştırmanın verileri Mart 2017-Mayıs 2017 tarihleri arasında toplanmış olup, araştırma Şubat 2017- Mayıs 2019 tarihleri arasında Şanlıurfa İl merkezinde yürütülmüştür.

#### **3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri**

Araştırma, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin kadın doğum polikliniklerinde yapılmıştır. Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Şanlıurfa genelindeki gebeleri sayısal açıdan temsil edebilmesi ve buraya başvuran gebelerin sosyo-ekonomik durumlarının heterojen olması nedeniyle tercih edilmiştir.

Hastane 15 bloktan oluşup, 620 yatak kapasitesine sahiptir. Hastanede perinatoloji polikliniği, onkolojik cerrahi polikliniği ve aile planlaması da dahil olmak üzere toplam 14 kadın-doğum polikliniği bulunmaktadır. Aktif çalışan polikliniklere günde ortalama 100 kadın başvurmakta ve bunların çoğunu gebeler oluşturmaktadır. Poliklinikler hastanenin zemin katında olup, laboratuvar, röntgen ve diğer tetkiklere ulaşım kolaylığı vardır.

#### **3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum polikliniklerine başvuran gebeler oluşturmuştur. Örnek büyüklüğü ise; Türkiye'de gebelerde ilaç kullanım sıklığının incelendiği çalışma da (16) dikkate alınarak tahmini orantı/oran/sıklık %27,8, hata sınırı %5 ve %95 güvenle yapılan hesaplamada 309 olarak hesaplanmıştır. Örneklemenin %100'üne ulaşılmıştır.

### **3.5.Araştırmanın Etik Boyutu**

Araştırmanın yapılabilmesi için Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği'nden (EK1) ve Harran Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (EK2) yazılı izin, çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerden ise bilgilendirilmiş sözlü onam alınmıştır.

### **3.6. Veri Toplanması ve Araçlar**

Araştırmanın verileri Şubat -Mayıs 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında, araştırmacı tarafından literatür (40,99,100,101,102) taranarak oluşturulan Veri Toplama Formu (EK3) kullanılmıştır.

#### **3.6.1. Veri Toplama Aracı**

Veri toplama formu;

- Sosyo-demografik özellikleri (yaş, öğrenim düzeyi, ekonomik durum, çalışma durumu, eşinin öğrenim düzeyi, eşinin çalışma durumu, sosyal güvenceleri, evde en çok konuşulan dil, aile tipi, nerde yaşadıkları ve kronik bir hastalığın olup olmama durumunu) içeren 10 soru,
- Doğurganlık özelliklerini (gebelik haftası, toplam gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebeliğin planlı olup olmadığını, gebelikle ilgili yaşadığı problemleri) içeren 5 soru,
- İlaç kullanım alışkanlıklarını içeren 27 soru olmak üzere toplam 42 sorudan oluşmaktadır.

#### **3.6.2. Ön Uygulama**

Veri toplama formunun anlaşılabilirliğinin ölçülmesi ve yeniden düzenlenmesi, uygulama planının belirlenebilmesi amacıyla 15- 20.02.2017 tarihleri arasında Şanlıurfa Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi kadın doğum polikliniklerine başvuran 30 gebe ile araştırmanın ön uygulaması yapılmıştır. Uygulama sonunda veri toplama formunun uygulanabilirliği ve anlaşılabilirliği test edilmiştir. Gebeler tarafından doğru anlaşılmayan bir soru çıkarılmış ve iki soru revize edilmiştir.

### **3.6.3. Verilerin Toplanma Süreci**

Araştırmanın veri toplama aşaması 12.02 –15.05.2017 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Araştırmacı haftanın iki günü 09.00-12.00 saatleri arasında kadın-doğum polikliniklerine giderek gebe kadınlarla görüşmüştür. Görüşme için uygun bir oda bulunamadığından koridorda uygun bir yer seçilmiştir. Veriler, veri toplama formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır. Çalışmanın amacı kadınlara anlatılarak sözlü onamları alınmıştır. Görüşmeler ortalama 15-25 dakika sürmüştür.

Günlük ortalama 15 gebe ile görüşülmüştür. Çalışmaya katılmayı reddeden olmamıştır.

### **3.7. Araştırmanın Değişkenleri**

Araştırmanın bağımsız değişkenleri sosyo-demografik özellikler, doğurganlık özellikleri ve ilaç kullanım özellikleridir. Araştırmanın bağımlı değişkeni ise; doktora danışmadan ilaç kullanımudur.

### **3.8. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 16.0 istatistik paket programı kullanılarak araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; tanımlayıcı istatistiklerden yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma ve tek değişkenli analizlerden Ki-kare testi kullanılmıştır. Bulgular %95.0 güven aralığında 0.05 anlamlılık düzeyinde yorumlanmıştır.



## 4.BULGULAR

### 4.1. Gebeleri Tanıtıcı Özellikler

Gebeleri tanıtıcı bazı özelliklerin dağılımı Tablo 4.1.1.' de verilmiştir. Tabloya göre; gebelerin %84.2' si 19-34 yaş aralığındadır ve %48.8'i herhangi bir eğitim kademesini tamamlayamamıştır. Gebelerin % 39.5'i evde en çok Arapça konuşmakta, %88.3'ü çalışmamakta, çalışanların ise %61.1' i tarım işçiliği yapmaktadır. Gebelerin %30.1'nin sosyal güvencesi bulunmamakta ve %68.3'ü ekonomik durumunu “orta” olarak değerlendirmektedir. Yine gebelerin %57.0'si il merkezinde %52.1'i çekirdek ailede yaşamaktadır. Gebelerin eşlerinin %23.6'sı herhangi bir eğitim kademesini tamamlayamamış, %83.8'si çalışmakta ve çalışanların büyük bölümü (%49.0) işçilik yapmaktadır (Tablo 4.1.1.).

**Tablo 4.1.1.** Gebelerin Tanıtıcı Bazı Özelliklerin Dağılımı

<b>Tanıtıcı Özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>		
18 ve altı	20	6.5
19-34	260	84.2
35 ve üzeri	29	9.3
<b>Öğrenim Düzeyi</b>		
Türkçe bilmiyor	5	1.6
Okur-yazar değil	85	27.5
Okur-yazar	61	19.7
İlköğretim	106	34.3
Ortaöğretim	41	13.3
Üniversite ve üzeri	11	3.6
<b>Eşinin Öğrenim Düzeyi</b>		
Okur-yazar değil	17	5.5
Okur-yazar	56	18.1
İlköğretim	147	47.6
Ortaöğretim	69	22.3
Üniversite ve üzeri	20	6.5
<b>Evde En Çok Konuşulan Dil</b>		
Türkçe	112	36.2
Kürtçe	75	24.3
Arapça	122	39.5
<b>Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	36	11.7
Çalışmıyor	273	88.3

**Tablo 4.1.1.** Gebelerin Tanıtıcı Bazı Özelliklerin Dağılımı (Devam)

<b>Tanıtıcı özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Yaptığı İş</b>		
İşçi	22	61.1
Esnaf	2	5.6
Çiftçi	5	13.9
Memur	4	11.1
Şoför	1	2.8
Günübirlik iş	2	5.6
<b>Eşinin Çalışma Durumu</b>		
Çalışıyor	259	83.8
Çalışmıyor	50	16.2
<b>Eşinin Yaptığı İş</b>		
İşçi	127	49.0
Esnaf	36	13.9
Çiftçi	23	8.9
Şoför	19	7.3
Memur	19	7.3
Günübirlik iş	33	12.7
Asker	2	0.8
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>		
Var	216	69.9
Yok	93	30.1

**Tablo 4.1.1.** Gebelerin Tanıtıcı Bazı Özelliklerin Dağılımı (Devam)

<b>Tanıtıcı özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Algılanan</b>		
İyi	40	12.9
Orta	211	68.3
Kötü	58	18.8
<b>Aile Tipi</b>		
Çekirdek aile	161	52.1
Geniş aile	148	47.9
<b>Yerleşim Yeri</b>		
İl merkezi	176	57.0
İlçe	31	10.0
Köy	102	33.0
<b>Toplam</b>	<b>309</b>	<b>100</b>

Gebelerin gebelikle ilgili bazı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.1. ve 4.1.2.'de verilmiştir. Tablo 4.1.1.'e göre; gebelerin gebelik haftası ortalaması 25.6( $\pm$ 9.8), toplam gebelik sayısı ortalaması 3.2 ( $\pm$ 2.17) ve yaşayan çocuk sayısı ortalaması 1.8 ( $\pm$ 1.8)'dir. Tablo 4.1.2.'ye göre ise; gebelerin %54.7'sinin gebeliği plansızdır, %45.3'ünün gebeliğe bağlı en az bir rahatsızlığı vardır ve bu rahatsızlıklar çoğunlukla mide (%11.7), düşük riski (%9.4) ve ağrı (%8.7) gibi rahatsızlıklardır.

**Tablo 4.1.2.** Gebelerin Gebelikle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı-1

<b>Tanıtcı Özellikler</b>	<b>Ortalama<math>\pm</math>SS</b>	<b>Ortanca (Min-Max)</b>
Gebelik haftası	25.6 $\pm$ 9.8	26 (4-41)
Toplam gebelik sayısı	3.2 $\pm$ 2.17	3(1-12)
Yaşayan çocuk sayısı	1.8 $\pm$ 1.8	1(0-9)

**Tablo 4.1.3.** Kadınların Gebelikle İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı-2

<b>Tanıtcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Gebeliklerin Planlı Olma Durumu</b>		
Planlı	140	45.3
Plansız	169	54.7
<b>Gebeliğe Bağlı Rahatsızlık Durumu</b>		
Yok	169	54.7
Var	140	45.3
Gebelik şekeri	6	1.9
Hipertansiyon	8	2.6
Anemi	7	2.3
Mide rahatsızlığı	36	11.7
Nefes darlığı	5	1.6
Düşük riski	29	9.4
Ağrı	27	8.7
Kanama	6	1.9
Pıhtılaşma	1	0.3
Halsizlik	6	1.9
Hipotansiyon	4	1.3
Sistit	3	1.0
Konstipasyon	2	0.6

Gebelerin ilaç kullanımına ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı Tablo 4.1.4’de verilmiştir. Tablo 4.1.4.’e göre; gebelerin %76.1’i gebelik sürecinde ilaç kullanmaktadır ve bu ilaçlar çoğunlukla vitamin (%60.5) ve demir preparatlarıdır (%49.5). Gebelerin %22.3’ü en az bir aydır ilaç kullanmaktadır. İlaç kullanan gebelerin tamamı bu ilaçların doktor tarafından önerildiğini (%100.0) ve çoğunluğu (%71.2) kullandığı ilacın bebeğine zarar vermediğini düşündüğünü belirtmiştir.

**Tablo 4.1.4. Gebelerin İlaç Kullanımına İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı**

<b>Tanıtcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>İlaç Kullanma Durumu</b>		
Kullanıyorum	235	76.1
Kullanmıyorum	74	23.9
<b>Kullanılan İlaçlar*</b>		
Demir prepatı	153	49.5
Vitamin	187	60.5
Analjezik	20	6.5
Antikoagulan	17	5.5
Mide ilacı	15	4.9
Antibiyotik	5	1.6
Tiroit ilacı	3	1.0
Jinekolojik ilaç	29	9.4
Astım ilacı	1	0.3
Tansiyon ilacı	6	1.9

**Tablo 4.1.4.** Gebelerin İlaç Kullanımına İlişkin Bazı Özelliklerinin Dağılımı (Devam)

<b>Tanıttıcı Özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>İlaç Kullanım Süreleri**</b>		
1 ay	69	22.3
2 ay	35	11.3
3 ay	30	9.7
4 ay	33	10.7
5 ay	19	6.1
6 ay	20	6.5
7 ay	17	5.5
8 ay	18	2.6
9 ay	14	1.3
1 yıl ve üzeri	3	0.9
<b>İlacı Öneren Kişi**</b>		
Doktor	235	100.0
<b>İlacın Bebeğe Zarar Vereceğini Düşünme</b>		
Zarar verir	10	3.2
Zarar vermez	220	71.2
Bilmiyorum	9	2.9
<b>Hastalık Durumunda İlk Başvurulan Yer</b>		
Aile Sağlık Merkezi	25	8.1
Özel Sağlık Hizmetleri	13	4.2
Devlet Hastanesi	260	84.1
Üniversite Hastanesi	5	1.6
Eczane	6	1.9
<b>Toplam</b>	<b>309</b>	<b>100</b>

\*İşaretili soruya katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

\*\*İlaç kullanan 235 gebenin cevabıdır.



Gebelerin doktora danışmadan ilaç kullanımına ilişkin özellikleri Tablo 4.1.5' de verilmiştir. Tablo 4.1.5.'e göre; gebelerin %76.4'ü doktora danışmadan ilaç kullanmamaktadır. Doktora danışmadan ilaç kullanan gebeler (%23.6) içinde ise en çok %21.4 ağrı kesici, %8.1 antibiyotik grubu ilaçlar kullanılmaktadır. Gebelerin %88.0'i akraba, arkadaş, komşu tavsiyesi ile ilaç kullanmamaktadır. Tavsiye alarak (%12.0) ilaç kullanan gebelerin %70.3'ü ağrı kesici kullanmaktadır. Gebelerin %85.8'i akraba, arkadaş ve komşularına ilaç tavsiye etmemişlerdir. Tavsiye eden (%14.2) gebeler ise en çok %86.4 ağrı kesici ve %9.1 antibiyotik ilaçları tavsiye etmişlerdir. Gebelerin %75.1'i doktora sormadan antibiyotik kullanmamış, %83.8'i antibiyotikleri bitirmeden bırakmıştır. Antibiyotik ilaçları bitirmeden bırakan gebelerin %45.6'sı iyileşme nedeniyle, %21.6'sı kendini iyi hissetme nedeniyle, %18.5'i fazla ilaç almamak için, %7.7'si unutkanlıktan, %2.3'ü bebeğine zarar vereceğini düşündüğü için antibiyotikleri bitirmeden bırakmıştır.

**Tablo 4.1.5.** Gebelerin Doktora Danışmadan İlaç Kullanımına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı

<b>Tanıtcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Doktora Danışmadan İlaç</b>		
<b>Kullanma Durumu</b>		
Kullanıyor	73	23.6
Kullanmıyor	236	76.4
<b>Kullanılan İlaçlar*</b>		
Ağrı kesiciler	66	21.4
Ateş düşürücüler	16	5.2
Antibiyotik	25	8.1
Antigribal	12	3.9
Peptik ülser ilaçları	10	3.2
Gis ilaçları	2	0.6
Antihipertansif	1	0.3
Antihistaminik	1	0.3
Vitamin	4	1.3
Kullanmıyor	272	88.0
<b>Tavsiye ile Kullanılan İlaçlar*</b>		
Ağrı kesici	26	70.3
Ateş düşürücü	1	2.7
Antibiyotik	2	5.4
Antigribal	4	10.8
Mide ilacı	3	8.1
Vitamin	1	2.7

**Tablo 4.1.5.** Gebelerin Doktora Danışmadan İlaç Kullanımına İlişkin Özelliklerinin Dağılımı (Devam)

<b>Tanıtcı Özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Akraba, Arkadaş,</b>		
<b>Komşulara İlaç Tavsiye</b>		
<b>Etme Durumu</b>		
Tavsiye ederim	44	14.2
Tavsiye etmem	265	85.8
<b>Tavsiye Edilen İlaçlar*</b>		
Antibiyotik	4	9.1
Ağrı kesici	38	86.4
Ateş düşürücü	1	2.3
Cilt kremleri	1	2.3
<b>Doktora Danışmadan</b>		
<b>Antibiyotik Kullanma</b>		
<b>Durumu</b>		
Kullanırım	77	24.9
Kullanmam	232	75.1
<b>Antibiyotiği Bitirmeden</b>		
<b>Bırakma Durumu</b>		
Bırakırım	259	83.8
Bırakmam	50	16.2
<b>Bitirmeden Bırakma Sebebi</b>		
İyileşme	118	45.6
Kendini iyi hissetme	56	21.6
Unutkanlık	20	7.7
Fazla ilaç almamak için	48	18.5
Bebeğime zarar verebilir	6	2.3
Diğer sebepler	11	4.2

\*İşaretili sorulara katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

Gebelerin ilaç kullanımında bilgi ve tutumlarının dağılımı Tablo 4.1.6.' da verilmiştir. Tablo 4.1.6.'ya göre gebelerin %74.4'ü reçete edilen ilaç hakkında doktordan bilgi istemişlerdir. Gebelerin %64.1'i prospektüs okumaktadır ve prospektüste en çok okudukları yerler %51.1 ilaç endikasyonları, %42.1 yan etkilerdir. Gebelerin %98.1'i ilacı doktorun önerilerine uygun şekilde kullanmıştır, %84.5'i açlık-tokluk durumuna, %57.6'sı saat aralıklarına ve %74.1'i ilaç dozunu dikkate almaktadır. İlacı kullanırken istenmeyen yan etki görüldüğünde gebelerin %52.4'ü doktora başvurmaktadır. İlaçtan yarar görmeyen gebelerin %37.9'u ilacı bırakmaktadır. Gebelerin %75.4' ü ilaçları kullanmadan önce ilacın son kullanma tarihine bakmaktadır. Yine gebelerin %64.4'ü evde bulunsun diye ilaç yazdırmamaktadır. Evde bulunsun diye ilaç yazdıran (%35.6) gebelerin %81.8'i ağrı kesici ilaçları yazdırmaktadır. Gebelerin %33'ü kullanılmayan ilaçları son kullanma tarihine bakıp eğer tarihi geçmişse çöpe atmış, %31.4'ü evde saklamış, %21.4'ü evde ilaç bulundurmamıştır.

**Tablo 4.1.6.** Gebelerin İlaç Kullanımında Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı

<b>Tanıtıcı özellikler</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Reçete Edilen İlaçla İlgili</b>		
<b>Doktordan Bilgi İsteme</b>		
<b>Durumu</b>		
İsterim	230	74.4
İstemem	79	25.6
<b>Prospektüs Okuma</b>		
<b>Durumu</b>		
Okurum	198	64.1
Okumam	111	35.9
<b>Prospektüste Okunan</b>		
<b>Yerler*</b>		
İlacın etkisi	42	13.6
İlacın endikasyonları	158	51.1
İlacın kullanım şekli ve içeriği	60	19.4
Yan etkileri	130	42.1
İlaç etkileşimleri	5	1.6
Dozu	13	4.2
Uyarılar	29	9.4
Kontraendikasyonlar	30	9.7
Kullanım süresi	3	1.0
Gebelikte kullanma durumu	5	1.6
<b>İlacı Önerilere Uygun Kullanma</b>		
<b>Durumu</b>		
Kullanırım	303	98.1
Kullanmam	6	1.9

**Tablo 4.1.6.** Gebelerin İlaç Kullanımında Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı (Devam)

<b>Tanıttıcı Özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>Açlık-Tokluk Önerilerine Uyuma</b>		
<b>Durumu</b>		
Uyarım	261	84.5
Uymam	48	15.5
<b>Saat Aralıklarına Uyuma Durumu</b>		
Uyarım	178	57.6
Uymam	131	42.4
<b>İlaç Dozuna Dikkat Etme</b>		
<b>Durumu</b>		
Ederim	229	74.1
Etmem	80	25.9
<b>İlacı Kullanırken Yan Etki</b>		
<b>Olduğunda Yapılanlar</b>		
İlacı bırakırım	136	44.0
Doktora başvururum	162	52.4
Kullanmaya devam ederim	9	2.9
Prospektüse bakarım	2	0.6
<b>İlaçtan Yarar Görülmediğinde</b>		
<b>Yapılanlar</b>		
İlacı bırakırım	117	37.9
Doktora başvururum	104	33.7
Kullanmaya devam ederim	27	8.7
İlacı bırakır, doktora başvururum	60	19.4
Doktorumu değiştiririm	1	0.3

**Tablo 4.1.6.** Gebelerin İlaç Kullanımında Bilgi ve Tutumlarının Dağılımı (Devam)

<b>Tanıttıcı Özellik</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>
<b>İlacın Son Kullanma</b>		
<b>Tarihine Bakma Durumu</b>		
Bakarım	233	75.4
Bakmam	76	24.6
<b>Evde Bulunsun Diye İlaç</b>		
<b>Yazdırma Durumu</b>		
Yazdırırım	110	35.6
Yazdırmam	199	64.4
<b>Evde Bulunsun Diye</b>		
<b>Yazdırılan İlaçlar*</b>		
Ağrı kesici	90	81.8
Antibiyotik	3	2.7
Grip ilacı	3	2.7
Mide ilacı	3	2.7
Ateş düşürücü	6	5.5
Kan ilacı	2	1.8
Kas gevşetici	2	1.8
Vitamin	1	0.9
Son kullanma tarihi geçmişse çöpe atarım	102	33.0
İhtiyacı olana veririm	9	2.9
Sağlık kuruluşuna veririm	31	10.0
Evde durur	97	31.4
Evde ilaç bulundurmam	66	21.4
Yakarım	4	1.3
<b>Toplam</b>	<b>309</b>	<b>100</b>

\*İşaretleli sorulara katılımcılar birden fazla cevap vermiştir.

## 4.2 Gebelerin Doktora Danışmadan İlaç Kullanımını Etkileyen Faktörler

Gebe kadınların bazı tanımlayıcı özelliklerine göre doktora danışmadan ilaç kullanım durumu Tablo 4.2.1’de verilmiştir. Tablo incelendiğinde; gebelerden üniversite mezunu olanların (%36.4), evde en çok Kürtçe konuşanların (%29.3), sosyal güvencesi olmayanların (%26.9), ekonomik durumunu kötü olarak algılayanların (%31.0), eşi üniversite mezunu ve üzeri olanların (%35.0), eşi çalışıyor olanların (%23.9), çekirdek ailede yaşayanların (%25.5), köyde yaşayanların (%24.5) ve tanı konulmuş kronik bir rahatsızlığı olanların (%31.5) daha fazla doktora danışmadan ilaç kullandığı görülmektedir. Yapılan istatistiksel değerlendirmede gebenin öğrenim düzeyi, konuştuğu dil, sosyal güvence durumu, algılanan gelir düzeyi, eşinin öğrenim düzeyi ve çalışma durumu, aile tipi, yaşadığı yer ve kronik bir hastalığa sahip olması açısından gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu ( $p>0.05$ ) saptanmıştır.

**Tablo 4.2.1.** Gebelerin Tanıtıcı Bazı Özelliklerinin Doktora Danışmadan İlaç Kullanım Durumuna Göre Dağılımı

Tanıtıcı Özellik	Kullanırım		Kullanmam		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Öğrenim Düzeyi</b>					3.461	0.484
Okuryazar değil	18	20.0	72	80.0		
Okuryazar	17	27.9	44	72.1		
İlköğretim	22	20.8	84	79.2		
Ortaöğretim	12	29.3	29	70.7		
Üniversite	4	36.4	7	63.6		
<b>Evde En Çok Konuşulan Dil</b>					3.012	0.222
Türkçe	28	25.0	84	75.0		
Kürtçe	22	29.3	53	70.7		
Arapça	23	18.9	99	81.1		



**Tablo 4.2.1.** Gebelerin Tanıtıcı Bazı Özelliklerinin Doktora Danışmadan İlaç Kullanım Durumuna Göre Dağılımı (Devam)

<b>Doktora Danışmadan İlaç Kullanım Durumu</b>						
<b>Tanıtıcı özellik</b>	<b>Kullanırım</b>		<b>Kullanmam</b>		<b>X<sup>2</sup></b>	<b>p</b>
	<b>Sayı</b>	<b>%</b>	<b>Sayı</b>	<b>%</b>		
<b>Sosyal Güvence Durumu</b>					0.545	0.460
Var	48	22.2	168	77.8		
Yok	25	26.9	68	73.1		
<b>Algılanan Gelir Düzeyi</b>					2.686	0.261
İyi	7	17.5	33	82.5		
Orta	48	22.7	163	77.3		
Kötü	18	31.0	40	69.0		
<b>Eşinin Öğrenim Düzeyi</b>					3.426	0.489
Okur-yazar değil	3	17.6	14	82.4		
Okur-yazar	16	28.6	40	71.4		
İlköğretim	34	23.1	113	76.9		
Ortaöğretim	13	18.8	56	81.2		
Üniversite ve üzeri	7	35.0	13	65.0		
<b>Eşinin Çalışma Durumu</b>					0.013	0.910
Çalışıyor	62	23.9	197	76.1		
Çalışmıyor	11	22.0	39	78.0		
<b>Aile Tipi</b>					0.436	0.509
Çekirdek Aile	41	25.5	120	74.5		
Geniş Aile	32	21.6	116	78.4		
<b>Yaşadığı Yer</b>					0.74	0.964
İl merkezi	41	23.3	135	76.7		
İlçe	7	22.6	24	77.4		
Köy	25	24.5	77	75.5		

**Tablo 4.2.1.** Gebelerin Tanıtıcı Bazı Özelliklerinin Doktora Danışmadan İlaç Kullanım Durumuna Göre Dağılımı (Devam)

Tanıtıcı Özellik	Kullanırım		Kullanmam		X <sup>2</sup>	p
	Sayı	%	Sayı	%		
<b>Tanı Konulmuş</b>					1.742	0.187
<b>Kronik Hastalık</b>						
<b>Olma Durumu</b>						
Var	17	31.5	37	68.5		
Yok	56	22.0	199	78.0		

## 5. TARTIŞMA

Gebelerin ilaç kullanımını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Kullanılan ilaçlar hem annenin hem de fetüsün sağlığını yakından ilgilendirdiğinden ve birçok ilacın potansiyel teratojenik etkisi henüz ortaya konulamadığından dolayı ele alınması gereken önemli bir konudur (6-7).

Çalışmaya katılan gebelerin çoğunlukla genç, öğrenim ve gelir düzeyi düşük, çalışmayan ve sosyal güvenceye sahip olmayan kadınlar olduğu belirlenmiştir. Sosyoekonomik özellikler ilaçların alınmasında ve doğru kullanılmasında önemli belirleyicilerdir (41). Mollahaliloğlu ve Tezcan'ın yaptığı bir çalışmada sosyal güvencesi olanların doktora danışmadan antibiyotik kullanım oranını sosyal güvencesi olmayanlardan daha yüksek bulunmuştur (97). Ancak çalışmada sosyo-demografik faktörlerin doktora danışmadan ilaç kullanımında etkisi olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç, çalışmaya katılan gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin birbirine çok benzer olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmada gebelerin %76.1'inin gebeliği boyunca en az bir ilaç kullandığı görülmüştür. Hasta başına düşen ilaç maruziyetinin yüksek olması önemli bir bulgudur. Dünya genelinde ve Türkiye'de gebelikte ilaç kullanımı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, çalışma ile paralellik göstermektedir. Başgül ve ark.'nın (103) Türkiye'de yaptığı çalışmada gebelerin %80.5'inin ilaç kullandığı, Mitchell ve ark.'nın (104) Amerika'da yaptığı çalışmada 1978'den 2008'e kadar ilaç kullanan gebe oranının %68 arttığı, Lupatelli ve ark.'nın (105) Avrupa, Avustralya ve Amerika'da web-tabanlı uygulanan bir anket araştırmasında, gebelerin %80'inin gebelik boyunca en az bir ilaç kullandığı belirtilmektedir. Gebelikte ilaç kullanım oranlarının bu kadar yüksek olmasında, takviye edici vitaminlerin etkisinin olabileceği düşünülmektedir. Nitekim çalışmada, gebeler tarafından kullanılan ilaçların başında vitaminlerin (%60.5) geldiği belirlenmiştir.

Çalışmada doktora danışmadan kullanılan ilaçların başında ağrı kesiciler ve antibiyotikler yer almaktadır. Birleşik Arap Emirlikleri'nde Abdulkarem ve Mustafa'nın yaptığı çalışmada vitamin/mineral haricinde reçetesiz ilaç kullanan gebelerin %8,4 olduğu, bizim çalışmamıza benzer şekilde Bercav ve ark.'nın İspanyol kadınlarının

katılımı ile yaptıkları bir çalışmada reçetesiz ilaç kullanan gebelerin %23 olduğu; Abasiubong ve ark'nın Nijerya'daki çalışmasında ise kendi kendilerine ilaç kullanan gebelerin %72,4 olduğu belirtilmiştir (106-108). Refuerzo ve ark'nın yaptığı bir diğer çalışmada ise reçetesiz ilaç kullanan gebelerin %62,8 olduğu belirtilmiştir (109). Devkota ve ark'nın Nepal'de yaptığı bir çalışmada hastaların %64,2'sinde kendi kendilerine ilaç kullanma alışkanlıkları olduğu ancak bu hastaların %75,5'inin gebelik süresince bu alışkanlığını değiştirdiği gözlenmiştir (110). Hindistan'daki Varghese ve ark'nın çalışmasında ise gebelerin %76'sının kendi kendine ilaç uyguladığı bildirilmiştir (111). Literatüre yansıyan bu sonuçlara bakıldığında zaman çalışmadaki gebelerin reçetesiz veya kendi kendine ilaç kullanma alışkanlıklarının (%23.6) diğer ülkelere kıyasla daha az olduğu görülmektedir. Bu durum AİK bakımından olumlu kabul edilebilir.

Çalışmada gebelerin %24.9'u doktora sormadan antibiyotik kullanmaktadır. Antibiyotik kullanımı Çin'de %6,5, Brezilya'da %11,1, Etiyopya'da %15, İtalya'da %22,6 olarak bildirilmiştir (19, 112-114). Bizim çalışmamızın oranları literatürle uyumlu bulunmuştur. Genel anlamda antibiyotik kullanımının bebeğe zarar verebileceği düşüncesi toplumda yaygındır. Doktora başvuru konusunda gebeleri bu ilaç grubu daha duyarlı hale getirmektedir. Çalışmada gebelerin doktorun önerdiği sürede antibiyotiği bırakma oranı da %83.8 gibi yüksek oradadır. Pınar ve ark.'nın ile Şendir ve ark.'nın yaptığı çalışmalarda; hastaların iyileştiğini düşündüklerinde, kendini daha iyi hissettiklerinde ve daha fazla ilaç kullanmayı istemedikleri durumlarda doktorun önerdiği süreden önce ilaç kullanımını bıraktıkları görülmüştür ve bu durum araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir (115, 116). Literatüre yansıyan bu sonuçlar AİK açısından değerlendirildiğinde olumsuz ve düzeltilmesi gereken bir durumdur. Diğer taraftan çalışmada gebeler ilaç önerilerine uyarken, açlık-tokluk önerilerine, saat aralıklarına, ilaç dozuna dikkat ettiklerini belirtmişlerdir. Bu durumla ilgili gebelerin uyumlu tutumları bu konuya özenli ve akılcı davrandıklarını göstermektedir. Nepal'de Devkota ve ark.'nın yaptığı çalışmada ise önerilere uyma konusunda %54.6 oranda gebelerin daha düşük yüzde sergiledikleri görülmektedir. (110).

Çalışmada gebelerin %64.1'i prospektüs okuduğunu, %51.1'i ilaç endikasyonlarını okuduğunu belirtmiştir. Suudi Arabistan'da Zaki ve Albarraq (94) tarafından yapılan bir çalışmada gebelerin %86'sı; Türkiye'de Başgül ve ark.'nın (103)

yaptığı çalışmada ise %93,3'ü kullandıkları ilaçların prospektüsünü okuduklarını belirtmişlerdir. Literatüre yansıyan bu sonuçların aksine çalışmadaki gebelerin ilaç prospektüsünü okuma ve yan etkilere dikkat etme alışkanlıklarının daha düşük olması, AİK açısından geliştirilmesi gereken bir durumdur.

Gebelikte ilaç kullanımı bilgi ve tutumlarının eğitim ile iyileştirilebileceğini gösteren çalışmalar vardır. Devkota ve ark.'nın Nepal'de yaptığı bir çalışmada gebelerin bilgi, tutum ve davranışları bu konuda eğitim aldıktan sonra istatistiksel olarak olumlu artış gösterdiği gözlenmiştir (110).



## 6. SONUÇLAR

Çalışma Şanlıurfa'da gebe kadınların ilaç kullanım alışkanlıkları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmış olan araştırmadan elde edilen sonuçlar aşağıda verilmiştir.

- Çalışmaya katılan gebelerin büyük çoğunluğunu eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyi düşüktür.
- Gebelerin toplam gebelik sayısı ortalaması  $3.2 \pm 2.17$  ve gebelik haftası ortalaması  $25.6 \pm 9.8$ 'dir.
- Gebelerin yaklaşık yarısı gebeliğe bağlı en az bir sağlık sorunu yaşamaktadır.
- Gebelerin %76.1'i gebelik sürecinde doktor tavsiyesi (%100.0) ile ilaç kullanmaktadır ve bu ilaçlar çoğunlukla vitamin (%60.5) ve demir preparatlarıdır (%49.5).
- Gebelerin %23.6'sının doktora danışmadan ilaç kullanma davranışı vardır.
- Doktora danışmadan kullanılan ilaçlar arasında en fazla %21.4 ağrı kesici ve %8.1 antibiyotikler gelmektedir.
- Gebelerin %12.0'sinin akraba, arkadaş, komşu tavsiyesi ile ilaç kullanma davranışı vardır. Tavsiye ile kullanılan ilaçlar içinde en fazla ağrı kesiciler (%70.3) yer almaktadır.
- Gebelerin %24.9'unun doktora danışmadan antibiyotik kullanma davranışı, %83.8'inin ise antibiyotiği bitirmeden bırakma davranışı vardır.
- Gebelerin %74.4'ü doktordan ilaç hakkında bilgi istemekte, %63.8'i ilaçların prospektüsünü okumakta, %98.1'i ilacı doktorun önerdiği şekilde kullanmakta, %57.6'sı ilacın kullanımında saat aralıklarına ve %74.1'i ilacın dozuna dikkat etmekte, %64.4'ü evde bulunsun diye ilaç yazdırmamaktadır.
- Yapılan istatistiksel değerlendirmede, gebelerin doktora danışmadan ilaç kullanım durumları ile sosyo-demografik özellikleri ve kronik hastalığı olma durumları açısından aralarında fark olmadığı belirlenmiştir ( $p > 0.05$ ).

## 7.ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlardan yola çıkılarak şu öneriler oluşturulmuştur;

- Sosyo-ekonomik düzeyi düşük gruplar yapılacak olan planlamalarda riskli gruplar olarak ele alınmalıdır.
- Gebe kadınların ve ailelerinin AİK hakkında verilen eğitimlerden yararlanma oranını arttırmaya yönelik kurumlar aracılığıyla yerel tabanda eğitim programları artırılmalıdır.
- Hemşirelerin kullanılan ilaçların riskleri, yan etkileri konusunda topluma bilgi ve eğitim verme rolü olduğu vurgulanmıştır. Bu bağlamda bireyleri kullanacakları ilaçlar konusunda bilgilendirme sorumluluğu, bireylerin kullandıkları ilaçları kontrol etmek ve ilaçların etkileri konusunda hemşireler bireyleri bilgilendirmelidir.
- Ayrıca; bilimsel ilaç araştırmalarının artırılması, güncel bilgilerin takip edilmesi, dünya genelinde ve ülkede gebelikte dönemde ilaç kullanımı hakkında bir kayıt sisteminin belirlenmesi, güvenilir ve hızlı bir bilgi akışının olması, bilginin sağlık personellerine ve gebelere doğru bir şekilde aktarım yapılması gerekenler arasındadır.

## 8. KAYNAKLAR

1. Kayaalp O. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. 12. baskı, Ankara: Pelikan Yayıncılık Ltd. Şti. 2009. s. 3.
2. World Health Organization (WHO). “Effective Public Education” in promoting rational drug use. WHO Programme on Essential Drugs and International Network for the Rational Use of Drugs, Nairobi, 1987.
3. Holloway K, Van Dijk L. The World Medicines Situation 2011 Rational use of medicines. WHO, Geneva, 2011.
4. World Health Organization (WHO). Promoting rational use of medicines: core components. WHO Policy Perspectives on Medicines no 5. WHO/ EDM/2002.3. Geneva, WHO, 2002.
5. Irvine L, Flynn RW V, Libby G, Crombie IK, Evans JMM. Drugs Dispensed in Primary Care During Pregnancy. Drug Safety. 2010; 33:593–604.
6. Mitchell AA, Gilboa SM, Werler MM. National birth defects prevention study. Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976-2008. Am J Obstet Gynecol 2011; 205(1):51-58.
7. Oray N. Drug use in pregnancy. TATD Klinik Toksikoloji Sempozyumu. DEÜTF Acil Tıp Ad. İzmir, Nisan 2014.
8. De Santis M, Cesari E, Ligato MS, Nobili E, Straface G, Cavaliere A, et al. Prenatal drug exposure and teratological risk: one-year experience of an Italian Teratology Information Service. Med. Sci. Monit 2008; 14:H1–H8.
9. Stevenson Roger E. The Genetic Basis of Human Anomalies. In: Stevenson RE, Hall JG, Goodman RM, eds. Human Malformations and Related Anomalies 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 1993. p.21.
10. Bailey J, Kinght A, Balcombe J. The Future of Teratology research is in vitro. Biogenic Amines 2005; 19(2):97-145.
11. Franks ME, Macpherson GR, Figg WD. Thalidomide. Lancet 2004; 363(9423):1802-11.



12. Van Gelder MMHJ, van Rooij IALM, Miller RK, Zielhuis GA, de Jong-van den Berg LTW, Roeleveld N. Teratogenic mechanisms of medical drugs. *Hum. Reprod. Update* 2010; 16:378–394.
13. Elefant E, Boyer M, Boyer P, Galliot B, Roux C. Teratogenic Agent Information Centre: Fifteen years of counseling and pregnancy follow-up. *Teratology* 1992; 46:35–44.
14. Hancock RL, Koren G, Einarson A, Ungar WJ. The Effectiveness of Teratology Information Services (TIS). *Reprod. Toxicol* 2007; 23:125–132.
15. Ujházy E, Mach M, Navarová J, Brucknerová I, Dubovický M. Teratology – past, present and future. *Interdiscip. Toxicol* 2012; 5:163–168.
16. Göv N. Şanlıurfa'da Bir Aile Sağlığı Merkezinde Riskli Gebelik Sıklığı ve Etkileyen Faktörler, Yüksek lisans Tezi, Harran Üniversitesi, 2016, Şanlıurfa.
17. Olukman M, Parlar A, Orhan CE, Orhan AE. Gebelerde İlaç Kullanımı: Son Bir Yıllık Deneyim. *J Turk Soc Obs. Gynecol* 2006; 3:255–261.
18. Akdeniz N, Kale A, Erdemoglu M, Yalcinkaya A, Yayla M. Retrospective analysis of the 126 cases terminated in pregnancy by the ethical committee decision. *Perinatal Journal* 2005; 13(2):80-5.
19. Göker A, Kadioğlu DM, Gürpınar T, Muci E, Yıldırım Y, Erköseoğlu İ, ve ark. Gebelikte İlaç Kullanımı Nedeni ile Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi, *Journal of Clinical Obstetrics&Gynecology* 2012; 22(2):90-94.
20. Atasü T, Gezer. Gebelikte İlaç Kullanımı. In: *Gebelikte Fetusa ve Yeni Doğana Zararlı Etkenler*. 2. Baskı Nobel Tıp Kitabevleri Ankara: 2000, s. 373-444.
21. Sardeş S, Memiç M. Farmakovijilans. *Türk Eczacıları Birliği 8. Türkiye Eczacılık Kongresi Sunumları*; Ekim 2006, s. 151-163.
22. Hancock C, Oulton JA. International Council of Nurses (ICN). Counterfeits kill Nurses target counterfeit medicines, *International Nurses Day*. 2005.
23. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. *Türkiye Nüfus ve Sağlık*

Araştırması 2013. Erişim yeri:

[http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA\\_2013\\_ana\\_rapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2013/rapor/TNSA_2013_ana_rapor.pdf).

24. Conference of Experts on the Rational Use of Drugs, World Health Organization, Nairobi, Kenya, WHO/CONRAD/WP/RI, (25-29.12.1985).
25. Alem K, Mishra P, Prabhu M, Shankar, PR, Palaian S, Bhandari RB, et al. A Study on rational drug prescribing and dispensing in outpatients in a tertiary care teaching hospital of Western Nepal, Katmandu University Medical Journal 2006; 4(16): 436-443.
26. Pacheco LD, Costantine MM, Hankins GD. Physiologic changes during pregnancy. In: Mattison D, editör. Clinical pharmacology during pregnancy. USA: Elsevier; 2013. p. 5-16.
27. Gözde E, Reyhan N. Gebelik Döneminde Fizyolojik ve Farmakokinetik Değişiklikler ile İlaç-Besin Ögesi Etkileşimler. İstanbul Med J 2017; 18:20-17.
28. Bailey J, Knight A, Balcombe J. The Future of Teratology research is in vitro. Biogenic Amines 2005; 19(2):97-145.
29. Eşkazan E. Akılcı ilaç kullanımı. Akılcı İlaç Kullanımı Sempozyumu, İstanbul 1999; s 9–20.
30. Costantine MM. Physiologic and pharmacokinetic changes in pregnancy. Front Pharmacol 2014; 5:1-3.
31. Emmanuel Y, Thorne S. Heart Disease in Pregnancy. Best Pract Rest Clin Obstet Gynaecol 2015; 29(5):579-97.
32. Mehta N, Chen K, Hardy E, Powrie R. Respiratory Disease in Pregnancy. Best Prag Rest Clin Obstet Gynaecol 2015; (5):598-611.
33. McClary J, Blumer JL, Aranda JV. Developmental pharmacology. In: Mart'in RJ, Fanaroff AA, Walsh MC, eds. Fanaroff & Martin's Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infant. 9th ed. St Louis, MO: Mosby Elsevier; 2011.

34. Pavek P, Ceckova M, Staud F. Variation of drug kinetics in pregnancy. *Curr Drug Metab* 2009; 10(5):520-9.
35. Blackburn ST. *Maternal, Fetal and Neonatal Physiology: A Clinical Perspective*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2007.
36. Morgan DJ. Drug Disposition in Mother and Fetus. *Clin Exp Pharmacol Physiol* 1997; 24(11):869-73.
37. Pennel PB. Antiepileptic Drug Pharmacokinetics During Pregnancy and Lactation. *Neurology* 2003; 61(6 Suppl 2):35-42.
38. Lusley MD, Kilby DM, Kilby M, Tower LC, editors. *Medication in pregnancy. Obstetrics & Gynaecology: An Evidence-based Text for MRCOG.UK*: CRC Press Taylor and Francis Group; 2016. p. 206-13.
39. Henry A, Crowther. Patterns of medication use during and prior to pregnancy: the MAP study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000; 40:165-72.
40. Göçgeldi E, Uçar M, Açıkel CH, Türker T, Haste M, Ataç A. Evlerde artık ilaç bulunma sıklığı ve ilişkili faktörlerin araştırılması. *TAF Prev Med Bull* 2009; 8: 113-8.
41. Yılmaz M, Güler N, Güler G, Kocataş S. Bir grup kadının ilaç kullanımı ile ilgili bazı davranışları akılcı mı? *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2011; 33: 266-77.
42. Nakhai-Pour HR, Broy P, Sheehy O, Berard A. Use of nonasprin nonsteroidal antiinflammatory drugs during pregnancy and the risk of spontaneous abortion. *CMAJ* 2011; 183:1713-20.
43. Li DK, Liu L, Odouli R. Exposure to nonsteroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and risk of miscarriage: population based cohort study. *BMJ* 2003; 327:1-5.
44. Van Gelder MM, Roeleveld N, Nordeng H. Exposure to nonsteroidal antiinflammatory drugs during pregnancy and the risk of selected birth defects: a prospective cohort study. *PLoS ONE* 2011;6(7): e22174.

45. Ericson A, Kallen BA. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in early pregnancy. *Reprod Toxicol* 2001; 15:1-5.
46. Kristensen DM, Hass U, Lesne L, Lottrup G, Jacobsen PR, Desdoits-Lethimonier C, et al. Intrauterine exposure to mild analgesics is a risk factor for development of male reproductive disorders in human and rat. *Hum Reprod* 2011; 26:235-44.
47. Boisen KA, Kaleva M, Main KM, Virtanen HE, Haavisto AM, Schmmidt IM, et al. Difference in prevalence of congenital cryptorchidism in infants between two Nordic countries. *Lancet* 2004: 1264-9.
48. Bernstein J, Werner AL, Verani R. Nonsteroidal anti-inflammatory drug fetal nephrotoxicity. *Pediatr Dev Pathol* 1998; 1:153-6.
49. Cuzzolin L, Dal Cere M, Fanos V. NSAID induced nephrotoxicity from the fetus to the child. *Drug Saf* 2001; 24:9-18.
50. Antonucci R, Zaffanello M, Puxeddu E, Porcella A, Cuzzolin L, Pilloni MD, et al. Use of Non-steroidal Anti-inflammatory drugs in pregnancy: Impact on the Fetus and Newborn interventions. *Current drug metabolism* 2012; 13(4):474-90.
51. Norton ME, Merrill J, Cooper BA, Kuller JA, Clyman RI. Neonatal complications after the administration of indomethacin for preterm labor. *N Engl J Med* 1993; 329(22):1602-7.
52. Rumack CM, Guggenheim MA, Rumack BH, Peterson RG, Johnson ML, Braithwaite WR. Neonatal intracranial hemorrhage and maternal use of aspirin. *Obstet Gynecol* 1981; 58(5 suppl):52-6.
53. Denker BB, Larsen H, Jensen ES, Schonheyder HC, Nielsen GL, Sorensen HT. Birth outcome of 1886 pregnancies after exposure to phenoxymethylpenicillin in utero. *Clin microbiol infect* 2002; 8(4):196-201.
54. Jones HC. Intrauterine ototoxicity. A case report and review of literature. *J Natl Med Assoc* 1973; 65:201-3.

55. Kirkwood A, Harris C, Timar N, Koren G. Is gentamicin ototoxic to the fetus? *J Obstet Gynaecol Can* 2007; 29(2):140-5.
56. Ozyüncü O, Beksac MS, Nemetli E, Katlan D, Kir S. Maternal blood and amniotic fluid levels of moxifloxacin, levofloxacin and cefixime. *J Obstet Gynaecol Res* 2010; 36(3):484-7.
57. Acar S, Keskin-Arslan A, Erol-Coşkun H, Temiz TK, Kaplan YC. Pregnancy outcomes following fluoroquinolone exposure during pregnancy: Preliminary results of systematic review and meta-analysis. *Reproductive Toxicology* 2017; 72:205.
58. Grossman ER. Tetracycline and staining of the teeth. *JAMA* 1986; 255:2442-3.
59. Kovacs CS. Maternal Mineral and Bone Metabolism during Pregnancy, Lactation and Post-Weaning Recovery. *Physiol Rev* 2016; 96(2):449-547.
60. De-Regil LM, Palacios C, Lombardo LK, Pena-Rosas JP. Vitamin D supplementantation for women during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2016; 14(1):CD008873.
61. Halhali A, Tovar AR, Torres N, Bourges H, Garabedian M, Larrea F. Preeclampsia is associated with low circulating levels of insulin like growth factor I and1, 25dihydroxyvitamin D in maternal and umbilical cord compartments. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85(5):1828-33.
62. Wei SQ, Qi HP, Luo ZC, Fraser WD. Maternal vitamin D status and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2013; 26(9):889-99.
63. Ioannou C, Javaid MK, Mahon P, Yaqub MK, Harvey NC, Godfrey KM, et al. The effect of maternal vitamin D concentration on fetal bone. *J Clin Endocrinol Metab* 2012; 97(11).
64. Aghajafari F, Nagulesapillai T, Ronksley PE, Tough SC, O'Beirne M, Rabi DM. Association between maternal serum 25-hydroxyvitamin D level and pregnancy

and neonatal outcomes: systematic review and meta-analysis of observational studies. *BMJ* 2013; 346:1169.

65. Dawson-Hughes B, Heaney RP, Holick MF, Lips P, Meunier PJ, Vieth R. Estimates of optimal vitamin D status. *Osteoporos int* 2005; 16(7):713-6.
66. Richter JE. Review article: the management of heartburn in pregnancy. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22(9):749-57.
67. Mahadevan U, Kane S. American gastroenterological association institute medical position statement on the use of gastrointestinal medications in pregnancy. *Gastroenterology* 2006; 131:278-82.
68. Lindow SW, Regnell P, Sykes J, Little S. An open-label, multicentre study to assess the safety and efficacy of a novel reflux suppressant (gaviscon advance) in the treatment of heartburn during pregnancy. *Int J Clin Pract* 2003; 57:175-9.
69. Clementi M, Schöndorfer CW. Gastrointestinal medications, hypolipidemic agents and spasmolytics. In: Schaefer C, Paul WJ, Peters and Miller RK. 3rd ed. *Drugs During Pregnancy and Lactation* 2015. p.93-113.
70. Matok I, Gorodischer R, Koren G, Sheiner E, Wiznitzer A, Uziel E, et al. The safety of H2 blockers use during pregnancy. *J Clin Pharmacol* 2010; 50:81-7.
71. Cullen G, O'Donoghue D. Constipation and pregnancy. *Best Prac Res Clin Gastroenterol* 2007; 21(5):807-18.
72. Zielinski R, Searing K, Deibel M. Gastrointestinal distress in pregnancy: prevalence assessment, and treatment of 5 common minor discomforts. *J Perinat Neonatal Nurs* 2015; 29(1):23-31.
73. Norgard B, Fonager K, Pedersen L, Jacobsen BA, Sorensen HT. Birth outcome in women exposed to 5-aminosalicylic acid during pregnancy: a Danish cohort study. *Gut* 2003; 52:243-7.

74. Rahmi R, Nikfar S, Rezaie A, Abdollahi M. Pregnancy outcome in women with inflammatory bowel disease following exposure to aminosalicylic acid drugs: a meta-analysis. *Reprod Toxicol* 2008; 25:271-5.
75. Homar V, Grosek S, Battelino T. High dose methylprednisolone in pregnant women with crohn's disease and adrenal suppression in her newborn. *Neonatology* 2008; 94:306-9.
76. ACOG (American Collage of Obstetrics and Gynecology) Practice Bulletin 153: Nausea and vomiting of pregnancy. *Obstet Gynecol* 2015; 126(3):e12-24.
77. Magee LA. Drugs in pregnancy. Antihypertensives. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2001; 15(6):827-45.
78. Lindheimer MD, Taler SJ, Cunningham FG. Hypertension in pregnancy. *Journal of the American Society of Hypertension: JASH* 2008; 2(6):484-94.
79. Walfisch A, Al-maawali A, Moretti ME, Nickel C, Koren G. Teratogenicity of angiotensin converting enzyme inhibitors or receptor blockers. *Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology* 2011; 31(6):465-72.
80. Demir Ö, Kaplan YC. Gebelik ve Emzirme Döneminde Kardiyovasküler İlaç Kullanımı. Kalyoncu Nİ, Kadioğlu Duman M, editörler. *Gebelik ve Emzirme Döneminde Klinik Farmakoloji*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2018. p. 119- 34.
81. Dolci M, Mori M, Baccetti F. Use of insülin glargine, before and during pregnancy in women type 1 diabetes and Addison's Disease. *Diabetes care* 2005; 28(8):2084-5.
82. Graves DE, White JK, Kirk JK. The use of insulin glargine with gestastional diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2006; 29(2):471-2.
83. Vulsmä T, Gons MH, de Vijder JJM. Maternal-fetal transfer of thyroxine in kongenital hypothyroidism due to a total organification defect or thyroid agenesis. *N Eng J Med* 1989; 321:13-6.

84. Jansson L, Ivarson S, Larsson I, Ekman R. Triiodothyronine and thyroxine in human milk. *Acta Pediatric Scand* 1983; 72(5):703-5.
85. Casey BM, Leveno KJ.: Thyroid Disease in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2006; 108(5):1283-1292.
86. Lunghi L, Pavan B, Biondi C, Paolillo R, Valerio A, Vesce F, Patella A Use of glucocorticoids in pregnancy. *Curr Pharm Des* 2010; 16(32):3616-37.
87. Public Affairs Committee of the Teratology Society. Teratology Public Affairs Committee Position Paper: Pregnancy Labeling for Prescription Drugs: Ten Years Later. *Birth Defects Research (Part A)* 2007; 79:627–30.
88. Frederiksen MC. The New FDA Pregnancy Labeling Requirements for Drugs. *J Midwifery Womens Health* 2011; 56:303–7.
89. Feibus KB. FDA’s Proposed Rule for Pregnancy and Lactation Labeling: Improving maternal child health through well-informed medicine use. *J Med Toxicol* 2008; 4:284–8.
90. Kaplan YC, Can H, Demir Ö, Karadaş B, Yılmaz İ, Temiz TK. [A new era begins in risk communication regarding drug use in pregnancy: Changes in FDA pregnancy risk categories]. *Turkish Journal of Family Practice* 2014; 18(4):195-198.
91. Toklu ZH, Akıcı A, Uysal MK, Dülger Ayanoğlu G. Akılcı ilaç kullanımı sürecinde hasta uyuncuna hekim ve eczacının katkısı. *Türk Aile Hekimliği Dergisi* 2010; 14(3):139-145.
92. Phillips DP, Breder CC. *Annu. Rev. Public Health* 2002; 23:135-50.
93. Hancock RL, Koren G, Einarson A, Ungar WJ. The Effectiveness of Teratology Information Services (TIS). *Reprod. Toxicol* 2007; 23:125–132.
94. Zaki NM, Albarraq AA. Use, attitudes and knowledge of medications among pregnant women: A Saudi Study. *Saudi Pharmaceutical Journal* 2014; 22:419-428.



95. Dönmez L, Yüzgöl N, Anaç CC, Ödemiş Y, Özel F. Antalya Merkez 6 no'lu sağlık ocağı bölgesindeki hanelerde kullanılmayan ilaçların durumu. 8. Halk Sağlığı Günleri, Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Bildiri Özetleri. Sivas, 2003; s. 60.
96. Bilgili N, Karatay G. Sait Yazıcı sağlık ocağı bölgesinde yaşayan bireylerin ilaç tüketimi ile ilgili bazı uygulamalarının belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005; 39-48.
97. Mollahaliloğlu S, Tezcan S. Ankara il merkezinde bulunan sağlık ocaklarında çalışan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı açısından değerlendirilmesi, 8.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı. 23-28 Eylül 2002, Diyarbakır, s. 499-501.
98. Koren G, Bozzo P. Cost effectiveness of teratology counseling- the Motherisk experience. J. Popul. Ther. Clin. Pharmacol 2014; 21:266-70.
99. Oktay Ş. Akılcı ilaç kullanımının genel ilkeleri. Turkish Journal of Geriatrics 2006; Özel Sayı: 15-18.
100. Vançelik S, Çalikoğlu O, Güraksın A, Beyhun E. Erzurum il merkezi'ndeki erişkinlerin ilaç kullanım davranışları ve ilişkili faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni 2006; 25: 33-8.
101. Baybek H, Bulut D, Çakır A. Muğla üniversitesi idari personelinde ilaç kullanma alışkanlıklarının belirlenmesi. Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2005; 15: 53-67.
102. Mollahaliloğlu S. Türkiye'de akılcı ilaç kullanımı. TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştayı 2006, 2223 Aralık 2006, Ankara.
103. Başgul A, Akici A, Uzuner A, Kalaça S, Kavak ZN, Tural A, O ve ark. Drug Utilization and Teratogenicity Risk Categories During Pregnancy. Advances In Therapy 2007; 24(1):68-80.

104. Mitchell AA, Gilboa SM, WerlerMM. Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976-2008. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 205(1):1-8.
105. Lupattelli A, Spigset O, Twigg MJ, Zagorodnikova K, Mardby AC, Moretti ME, et al. Medication Use in Pregnancy: across-sectional, multinational web-based study. *Br Med J* 2014; 4(2): e004365.
106. Abduelkarem AR, Mustafa H. Use of over the counter medication among pregnant women in Sharjah, United Arab Emirates. *J of Pregnancy* 2017; (1): 1-8.
107. Bercaw J, Maheshwari B, Sangi-Haghpeykar H. The use during pregnancy of prescription, over the counter and alternative medications among Hispanic women. *Birth* 2010; (37):211-218.
108. Abasiubong F, Basse EA, Udobang JA, Akinbami OS, Udoh SB, Idung AU. Selfmedication: potential risks and hazards among pregnant women in Uyo, Nigeria. *Pan Afr Med J* 2012;13:15.
109. Refuerzo JS, Blackwell SC, Sokol RJ, Lajeunesse L, Firchau K, Kruger M, et al. Use of over the counter medications and herbal remedies in Pregnancy. *American Journal of Perinatology* 2005; (22):321-324.
110. Devkota R, Khan GM, Alam K, Sapkota B, Devkota D. Impacts of counseling on knowledge, attitude and practice of medication use during pregnancy. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017; (17):131.
111. Varghese BM, Vanaja K, Banu R. Assesment of drug usage pattern during pregnancy at a tertiary care teaching hospital. *Int J Med Public Health* 2016; (6):130-135.
112. Mengue SS, Schenkel EP, Duncan BB, Schmidt MI. [Drug use by pregnant women in six Brazilian cities]. *Rev Saude Publica* 2001; 35(5):415-20.

113. Zhu X, Qi X, Hao J, Huang Z, Zhang Z, Xing X, et al. Pattern of drug use during the first trimester among Chinese women: data from a population-based cohort study. *Eur J Clin Pharmacol* 2010; 66(5):511-8.
114. Gagne JJ, Maio V, Berghella V, Louis DZ, Gonnella JS. Prescription drug use during pregnancy: a population-based study in Regione Emilia-Romagna, Italy. *Eur J Clin Pharmacol* 2008; 64(11):1125-32.
115. Pınar N, Karataş Y, Bozdemir N, Ünal İ. Adana İlindeki İnsanların İlaç Kullanım Alışkanlıkları. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2013; 12(6):639-50.
116. Şendir M, Çelik Z, Güzel E, Büyükyılmaz F. Aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerde akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2015; 14(1).

## 9. EKLER

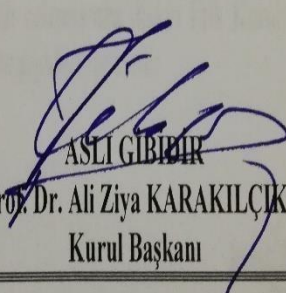
### Ek 1: Şanlıurfa Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği İzin Onayı

	<p>T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU Şanlıurfa İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği</p>	
<p>Sayı : 93460149/044 Konu : Tez Çalışması</p>		
<p>HARRAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)</p>		
<p>İlgi : 20.10.2016 tarihli ve 044.78521740-044 sayılı yazınız</p>		
<p>İlgi sayılı yazınıza istinaden, Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Fatma KORUK denetiminde, yüksek lisans öğrencisi Pınar Çağlar ALPTEKİN' in tez çalışması kapsamında "Şanlıurfa' da Gebe Kadınların İlaç Kullanım Alışkanlıkları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi " konulu anket çalışmasının, birliğimize bağlı Şanlıurfa Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması tarafımızca uygun görülmüştür. Gereğini arz ederim.</p>		
<p>Uz.Dr.Mehmet Cihan EKMEK Genel Sekreter</p>		
<p>Güvenli Elektronik İmza Aşıl İş Aynadır 08.11.2016 Ömer MESÇİOĞLU Uzman</p>		
<p>Papabağı Mah. Ticaret ve Sanayi Odası Yeni Binası Kat:6 Faks No:04143182430 e-Posta:mehmetfatih.yuksel@saglik.gov.tr İnt.Adresi: ŞANLIURFA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ-MEHMET FATİH YÜKSEL-EĞİTİM BİRİMİ</p>		<p>Bilgi için:MEHMET FATİH YÜKSEL Unvan:TIBBİ SEKRETER Telefon No:0414 318 24 61</p>
<p>Evrakın elektronik imza suretine <a href="http://e-belge.saglik.gov.tr">http://e-belge.saglik.gov.tr</a> adresinden 225b5b6d-ed29-40b4-8f08-b93673dc4aac kodu ile erişebilirsiniz. Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.</p>		
<p>Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır</p>		

## Ek 2: Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Kararı

HARRAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURULU KARARI	
TARİH	: 01.09.2016
OTURUM	: 07
SAAT	: 15:00

16/07/07	<p><b>Karar:</b> Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi Yrd. Doç. Dr. Fatma GÖZÜKARA'nın yürütücüsü olduğu "Şanlıurfa'da Gebe Kadınların İlaç Kullanım Alışkanlıkları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi" başlıklı çalışmaya ilgili Kurum izni getirmesi koşuluyla Etik Kurulu Onayı verilmesine Oybirliğiyle karar verilmiştir</p> <p style="text-align: center;"> ASLI GIBİDİR Prof. Dr. Ali Ziya KARAKILÇIK Kurul Başkanı</p>
----------	---

### Ek-3. Veri Toplama Formu

#### ANKET FORMU

Anket No:

Tarih:

1. Kaç yaşındasınız? .....
2. Eğitim durumunuz nedir?
  1. Türkçe bilmiyor
  2. Okur-yazar değil
  3. Okur-yazar
  4. İlköğretim
  5. Ortaöğretim
  6. Üniversite ve üzeri
3. Evde en çok konuşulan dil hangisidir?
  1. Türkçe
  2. Kürtçe
  3. Arapça
  4. Diğer (Açıklayınız.....)
4. Gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
  1. Evet (işiniz/mesleğiniz .....
  2. Hayır
5. Sosyal güvenceniz var mı?
  1. Evet
  2. Hayır
6. Ailenizin ekonomik durumunu nasıl değerlendirirsiniz?
  1. İyi
  2. Orta

3. Kötü

**7. Eşinizin eğitim durumu nedir?**

1. Türkçe bilmiyor
2. Okur-yazar değil
3. Okur-yazar
4. İlköğretim
5. Ortaöğretim
6. Üniversite ve üzeri

**8. Eşiniz gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor mu?**

1. Evet (İş/mesleği .....
2. Hayır

**9. Aile Tipiniz**

1. Çekirdek Aile
2. Geniş Aile

**10. Nerede Oturuyorsunuz?**

1. İl Merkezi
2. Köy

**11. Doktor tarafından tanı konulmuş kronik bir hastalığınız var mı?**

1. Evet (Açıklayınız.....)
2. Hayır

**12. Gebelik haftanız nedir?.....**

**13. Toplam gebelik sayınız nedir?.....**

**14. Yaşayan kaç çocuğunuz var?.....**

**15. Gebeliğinizi planlayarak mı gerçekleştirdiniz?**

1. Evet
2. Hayır

**16. Gebelikle ilgili yaşadığınız herhangi bir rahatsızlığınız var mı?**

1. Evet (Belirtiniz.....)
2. Hayır (22. soruya geçiniz)

**17.Şu anda herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz**

1.Evet (Açıklayınız.....)

2.Hayır

**18.Bu ilacı ne kadar süredir kullanıyorsunuz?**

**19.Ne için kullanıyorsunuz?**

**20.İlaç kim tarafından verildi?**

1.Kendim başladım

2.Doktor verdi

3.Tavsiye üzerine aldım

4. Diğer (Açıklayınız.....)

**21.Kullandığınız ilaçların bebeğinize zarar verdiğini düşünüyor musunuz?**

1.Evet (Açıklayınız.....)

2.Hayır

**22.Hastalandığınızda ilk başvurduğunuz yer neresi olur?**

1.Aile sağlığı merkezi

2.Eczane özel sağlık merkezleri

3.Devlet Hastanesi

4.Üniversite Hastanesi

5.Diğer ise

belirtiniz.....

**23.Doktora danışmadan ilaç kullanır mısınız?**

1.Evet

2.Hayır (25. soruya geçiniz)

3.Bazen

**24.En çok hangi ilaçları doktora danışmadan kullanırsınız?**

1.Ağrı Kesici

2.Ateş Düşürücü

3.Antibiyotik

4.Antigribal



- 5.Peptil ülser ilaçları (Mide ilaçları, Antiasid)
- 6.GİS ilaçları (Antidiareik, laksatif, antiemetik)
- 7.Antihipertansif
- 8.Antidiabetik
- 9.Antihistaminik
- 10.Antianemik
- 11.Kalp ilacı
- 12.Vitamin
- 13.Diğer....

**25.Akraba, arkadaş, komşuların tavsiyesi ile ilaç kullanır mısınız ?**

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bazen

**26.Bu şekilde en sık hangi ilaçları kullanırsınız ?  
Belirtiniz.....**

**27.Akraba, arkadaş, komşularınıza ilaç tavsiye eder misiniz?**

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bazen

**28.Bu şekilde en sık hangi ilaçları tavsiye edersiniz?  
Belirtiniz.....**

**29.Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan antibiyotik kullanır mısınız?**

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bazen

**30.Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bıraktığımız olur mu ?**

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bazen

**31.Bırakma sebebiniz nedir?**

- 1.İyileşme
- 2.Kendini iyi hissetme
- 3.Unutkanlık
- 4.Alerji
- 5.Fazla ilaç almamak için
- 6.Bebliğime zarar vereceğini düşündüğüm için
- 7.Diğer.....

**32.Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi ister misiniz?**

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bazen

**33.Kullandığınız ilacın prospektüsünü okur musunuz?(Prospektüs:İlaç kutusunun içindeki ilaç ile ilgili bilgiler)**

- 1.Evet
- 2.Hayır (35. soruya geçiniz)
- 3.Bazen

**34. Prospektüste neleri okursunuz?**

- 1.İlacın Etkisi
- 2.Neye yaradığı (Endikasyonları)
- 3.Kullanım şekli içeriği
- 4.Yan Etkileri
- 5.İlaç etkileşimleri
- 6.Dozu
- 7.Uyarılar
- 8.Kontraendikasyonları
- 9.Kullanım süresi
- 10.Diğer

**35.İlacı doktorun size söylediği gibi kullanır mısınız ?**

- 1.Evet
- 2.Hayır

3.Bazen

**36.İlacın kullanımında aşağıdakilerden hangilerine dikkat edersiniz?**

- 1.Açlık-tokluk
- 2.Saat aralıkları
- 3.Dozaj

**37.İlacınızda istenmeyen yan etki görüldüğünde ne yaparsınız?**

- 1.İlacı bırakırım
- 2.Doktora başvururum
- 3.Kullanmaya devam ederim
- 4.Diğer

**38.İlaçtan yarar görmüyorsanız ne yaparsınız?**

- 1.İlacı bırakırım
- 2.Doktora başvururum
- 3.Kullanmaya devam ederim
- 4.İlacı bırakırım ve doktora başvururum
- 5.Diğer

**39.İlacı kullanmadan önce son kullanma tarihine bakar mısınız?**

- 1.Evet
- 2.Hayır
- 3.Bazen

**40.Evde bulunsun diye ilaç yazdırır mısınız?**

- 1.Evet
- 2.Hayır (42. soruya geçiniz)

**41.En sık hangi ilaçları evde bulunsun diye yazdırırsınız?  
Belirtiniz.....**

**42.Kullanmadığınız ilaçları ne yaparsınız?**

- 1.Son kullanma tarihi geçmişse çöpe atarım

- 2.İhtiyacı olana veririm
- 3.Hastane, eczane, sağlık ocağına veririm
- 4.Evde duru
- 5.Evde ilaç bulundurmam
- 6.Diğer



## EK-4. İntihal Raporu

### ŞANLIURFA'DA GEBE KADINLARIN İLAÇ KULLANIM ALIŞKANLIKLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ


#### ORJINALLİK RAPORU

% <b>19</b>	% <b>16</b>	% <b>11</b>	% <b>10</b>
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

#### BİRİNCİ KAYNAKLAR

<b>1</b>	<a href="http://www.researchgate.net">www.researchgate.net</a> İnternet Kaynağı	%2
<b>2</b>	MİRAL, Mukaddes and KIZILKAYA BEJİ, Nezihe. "Gebelikte İlaç Kullanımı ve Danışmanlık", İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2017. Yayın	%2
<b>3</b>	<a href="http://dergi.cumhuriyet.edu.tr">dergi.cumhuriyet.edu.tr</a> İnternet Kaynağı	%1
<b>4</b>	<a href="http://www.turkallehekderg.org">www.turkallehekderg.org</a> İnternet Kaynağı	%1
<b>5</b>	<a href="http://www.daahk.org">www.daahk.org</a> İnternet Kaynağı	%1
<b>6</b>	<a href="http://www.j-humansciences.com">www.j-humansciences.com</a> İnternet Kaynağı	%1
<b>7</b>	<a href="http://studylibtr.com">studylibtr.com</a> İnternet Kaynağı	%1
<b>8</b>	<a href="http://www.ejmanager.com">www.ejmanager.com</a> İnternet Kaynağı	%1

## EK-5. Tez Çalışması Orijinallik Raporu ve Beyan Belgesi

	<p>T.C. HARRAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ</p>
---	--

### TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU VE BEYAN BELGESİ

<b>Öğrencinin</b>	
Numarası	:155322018
Adı, Soyadı	: Pınar Çağlar Alptekin
Anabilim Dalı	: Hemşirelik
Programı	: Yüksek Lisans
Tezin Adı	: "Şanlıurfa'da Gebe Kadınların İlaç Kullanım Alışkanlıkları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi."

### SAĞLIK BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Yukarıda başlığı belirtilen: "Şanlıurfa'da Gebe Kadınların İlaç Kullanım Alışkanlıkları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi." çalışmamın; kapak sayfası, giriş, ana bölümler ve sonuç kısımlarından oluşan toplam 74 sayfalık kısmına ilişkin, 22/08/2019 tarihinde danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, benzerlik oranı %19'dur.

#### Uygulanan filtrelemeler:

- 1- Kabul/Onay ve Bildirim sayfaları hariç,
- 2- Kaynakça hariç
- 3- Alıntılar hariç
- 4- 5 kelimeden daha az cümlelere içeren metin kısımları hariç

Yukarıda bilgileri verilen tezin, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından kabul edilen lisansüstü orijinallik raporu alınması uygulaması esasları ile belirlenen azami benzerlik oranlarını aşmadığını ve bütün bilgilerin, akademik kurallara uygun olarak toplanıp sunulduğunu, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları kendimden, blok çekimden alıntılar yapmadığımı ve tüm alıntılarım bilimsel etik kuralları çerçevesinde kaynağı gösterdiğimi, Yükseköğretim Kurulu Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi ile Harran Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesinin 8. maddesinde yer alan etik ihlallerden her hangi birisinin yer almadığını, etik ihlal tespiti halinde, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunca, diplomamın iptal edilmesini kabul ediyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim. 22/08/2019

#### **Tezi Hazırlayan Öğrencinin**

Adı-Soyadı: Pınar Çağlar Alptekin

İmzası:

Yukarıda yer alan raporun ve beyanım doğruluğunu onaylarım. 22/08/2019

#### **Danışmanım**

Unvanı-AdıSoyadı: Doç.Dr.Öysel Fatma KORUK

İmzası:

## EK-6. Tez Veri Giriş Formu

T.C  
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
ULUSAL TEZ MERKEZİ

### TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10286844
Yazar Adı / Soyadı	PINAR ÇAĞLAR ALPTEKİN
T.C.Kimlik No	21835892974
Telefon	5558476321
E-Posta	p.caglaralptekin@gmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	ŞANLIURFA'DA GEBE KADINLARIN İLAÇ KULLANIM ALIŞKANLIKLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ
Tezin Tercümesi	DETERMINATION OF PHARMACEUTICAL USAGE AND AFFECTING FACTORS OF PREGNANT WOMEN IN ŞANLIURFA
Konu	Hemşirelik = Nursing
Üniversite	Harran Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Anabilim Dalı	Hemşirelik Anabilim Dalı
Bilim Dalı	Hemşirelik Bilim Dalı
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	0
Tez Danışmanları	DOÇ. DR. FATMA KORUK
Dizin Terimleri	
Önerilen Dizin Terimleri	doktora danışmadan ilaç kullanımı = drug use without consulting a doctor

27.08.2019

İmza:.....

## **EK-7. Özgeçmiş**

1987 yılında Gaziantep’ de doğdu. İlköğretimini Fevzipaşa İlköğretim Okulu’nda, lise eğitimini Fevzipaşa Lisesinde tamamladı. 2006-2011 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Antalya Sağlık Yüksekokulu’nda lisans eğitimini tamamladı. Eylül 2015’te Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı’nda halen devam ettiği yüksek lisans yapma hakkını kazandı. Şanlıurfa Mehmet Akif İnan Eğitim Araştırma hastanesinde 7 yıl görev yaptıktan sonra halen çalışmakta olduğu Bursa Şehir Hastanesinde görev yapmaktadır.