



T.C.

SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

**TOPLUMUN FARMASÖTİKALİZASYON DÜZEYİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Naziye SÜLÜK

1430232013

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Ramazan ERDEM

ISPARTA-2017



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

Tez Savunma Sınav Tutanağı 1

Öğrencinin Adı Soyadı	Naziye SÜLÜK	
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı	
Tez Başlığı	Toplumun Farmasötikalizasyon Düzeyinin Değerlendirilmesi	
Yeni Tez Başlığı ¹ (Eğer değişmesi önerildi ise)	-	
Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği hükümleri uyarınca yapılan Yüksek Lisans Tez Savunma Sınavında Jürimiz 19.01.2017 tarihinde toplanmış ve yukarıda adı geçen öğrencinin Yüksek Lisans tezi için; ☒ OY BİRLİĞİ ☐ OY ÇOKLUĞU² ile aşağıdaki kararı almıştır. ☒ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarılı bulunmuş ve tez KABUL edilmiştir. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ³ kararlaştırılmıştır. ☐ Yapılan savunma sınavı sonucunda aday başarısız bulunmuş ve tezinin REDDEDİLMESİ⁴ kararlaştırılmıştır.		
TEZ SINAV JÜRİSİ	Adı Soyadı/Üniversitesi	İmza
Danışman	Prof. Dr. Ramazan ERDEM/SDÜ	
Jüri Üyesi	Yrd. Doç. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ/SDÜ	
Jüri Üyesi	Yrd. Doç. Dr. Özlem ÖZER/MAKÜ	
Jüri Üyesi		
Jüri Üyesi		

¹ Tez başlığının DEĞİŞTİRİLMESİ ÖNERİLDİ ise yeni tez başlığı ilgili alana yazılacaktır. Değişme yoksa çizgi (-) konacaktır.

² OY ÇOKLUĞU ile alınan karar için muhalefet gerekçesi raporu eklenmelidir.

³ DÜZELTME kararı için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır.

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM-ÖĞRETİM VE SINAV YÖNETMELİĞİ Madde 28-(4) Tezi hakkında DÜZELTME kararı verilen öğrenci sınav tarihinden itibaren en geç üç ay içinde gereğini yaparak tezini aynı jüri önünde yeniden savunur.

⁴ Tezi REDDEDİLEN öğrenciler için gerekçeli jüri raporu eklenmeli ve raporu tüm üyeler imzalamalıdır. Tezi reddedilen öğrencinin enstitü ile ilişkisi kesilir.



T.C.
SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “**Toplumun Farmasötikalizasyon Düzeyinin Değerlendirilmesi**” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlâk ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin Bibliyografya’da gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim.

Naziye SÜLÜK

19.01.2017

ÖZET

TOPLUMUN FARMASÖTİKALİZASYON DÜZEYİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Naziye Sülük

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Tezi, Isparta, 2017

Postmodern sağlığın en önemli yan etkilerinden biri olarak kabul edilebilecek olan farmasötikalizasyon, genel olarak “ilaçla içli dışlı olma durumu”nu ifade etmektedir. İlaç endüstrisinin gelişimi ve firmaların sürekli olarak piyasaya ilaç sürmeleri toplumun ilaçla daha yakın temas kurmasına sebep olmaktadır. Bu yakın temastan meydana gelen farmasötikalizasyon, medikalizasyonu, tüketimciliği ve ilaç endüstrisini içine almakta, sağlığın kapitalist düzen içine dâhil edilmesiyle toplumda artık daha da belirgin bir şekilde görülmektedir.

Bu çalışmada, toplumun ne düzeyde ilaçlarla içli dışlı olduğu tespit edilmeye çalışılmıştır. Bu amaca yönelik olarak araştırmada nicel ve nitel araştırma desenlerinin birlikte kullanıldığı karma yöntem kullanılmıştır. Literatür taraması yapılarak ve sağlık yönetimi alanında çalışan öğretim üyeleri ve lisansüstü öğrencilerle tartışılarak 18 anket sorusu ve nitel görüşmeler için 4 temel görüşme sorusu oluşturulmuştur. Anket soruları Isparta ilinde 18-80 yaş arasında seçilen 300 kişiye uygulanmış, görüşme soruları da amaçlı örnekleme yöntemiyle seçilen 12 kişiyle gerçekleştirilmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre, her ne kadar ankete katılan katılımcılar önlem (hastalıklardan önce) amaçlı ilaç kullanmadıklarını ve sırf ilaç yazdırmak için hekime başvurmadıklarını belirtse de, görüşmeden elde edilen sonuçlara göre toplumun ilaç kullanmayı sevdiği, ilaç yazdırmak için hekime olan başvuruların çok olduğu ve önlem amaçlı da ilacın kullanıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Hem anket hem de görüşme verilerinin aynı noktada birleştiği sorunlar ise; ilaçların toplumun geleceği açısından tehdit oluşturduğu ve toplumun ilaçlarla içli dışlı hale gelmeye başladığıdır.

Anahtar Kelimeler: Farmasötikalizasyon, Medikalizasyon, Tüketimcilik, Kapitalizm, İlaç Endüstrisi

ABSTRACT

EVALUATION OF THE PHARMACEUTICALIZATION LEVEL OF SOCIETY

Naziye Sülük

Süleyman Demirel University, Department of Health Management

Master Thesis, Isparta, 2017

Pharmaceuticalization, which can be regarded as one of the most important side effects of postmodern health, is generally referred to as "state of drug dealing". The development of the pharmaceutical industry and the continuous marketing of drugs to the marketplace cause the community to come into closer contact with the drug. This close proximity to pharmaceuticals involves pharmaceuticalization, medicalization, consumerism and the pharmaceutical industry, which is now more apparent in society as a result of health integration into the capitalist order.

In this study, it has been tried to determine what level of medicines the society is indifferent to. For this purpose, a mixed method was used in the research in which quantitative and qualitative research designs were used together. Literature survey was conducted and lecturers and graduate students working in the field of health management were discussed and 4 basic questionnaires were prepared for 18 questionnaires and qualitative interviews. Survey questionnaires were applied to 300 people selected between the ages of 18-80 in Isparta province and interview questions were made with 12 people selected by objective sampling method.

According to the results of the research, although the survey participants stated that they did not use premedication medication and just did not apply medication to print the medication, according to the results obtained from the interview, the community liked to use medication, there were a lot of applications for medication, The drug has been used. The problems that both questionnaire and interview data combine at the same point are; drugs are a threat to the future of the society and society is beginning to become intimate with medicines.

Key Words: Pharmaceuticalization, medicalization, consumerism, capitalism, pharmaceutical industry

İÇİNDEKİLER

ÖZET	ii
ABSTRACT.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
KISALTMALAR.....	vi
TABLolar DİZİNİ	vii
ŞEKİLLER.....	ix
TEŞEKKÜR.....	x
GİRİŞ	1
BİRİNCİ BÖLÜM	3
ÇAĞDAŞ SAĞLIK VE TIP	3
1.1. SAĞLIKTA MODERN VE POSTMODERN DÖNEM ETKİLERİ	6
1.2. KAPİTALİZMİN SAĞLIK VE İLAÇ SEKTÖRÜNE ETKİLERİ	7
1.3. TÜKETİM TOPLUMU/TÜKETİMCİLİK.....	9
1.4. MEDİKALİZASYON (TİBBİLEŞTİRME)	10
1.4.1. Yaşamın Tıbbileştirilmesi	13
1.4.2. Tıbbileştirme ve Cinsiyet	14
1.5. BEDEN DENETİMİ.....	15
1.5.1. Kozmetikleştirme	17
1.5.2. Yaşlanmayı Geciktirme (Anti-Aging).....	18
1.6. MEDYA VE SAĞLIK	21
1.7. BİYOTERÖRİZM	23
İKİNCİ BÖLÜM.....	26
İLAÇ	26
2.1. İLAÇ ŞİRKETLERİ	31
2.1.1. Abdi İbrahim İlaç Firması.....	32
2.1.2. Bayer İlaç Firması	33
2.2. İLAÇ ENDÜSTRİSİ.....	34
2.2.1. İlaç Endüstrisinin İlaç Satış Stratejileri.....	37
2.3. İLAÇ VE HASTALIK TÜCCARLIĞI.....	39
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	42
FARMASÖTİKALİZASYON.....	42
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM	47

4.1. GEREÇ VE YÖNTEM.....	47
4.1.1. Amaç ve Önem.....	47
4.1.2. Araştırmanın Metodolojisi	47
4.1.3. Evren ve Örneklem	48
4.1.4. Veri Toplama Araçları	48
4.1.5. Analiz ve Yöntem	49
4.2. BULGULAR.....	50
4.2.1. Nicel Verilere İlişkin Bulgular.....	50
4.2.2. Nitel Araştırmaya İlişkin Bulgular.....	88
4.3. TARTIŞMA	112
4.4. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	125
KAYNAKÇA.....	130
EKLER.....	137

KISALTMALAR

A.B.D.	: Anabilim Dalı
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
Akt.	: Aktaran
Ar-Ge	: Araştırma Geliştirme
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
Çev.	: Çeviren
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
Doç.	: Doçent
Ed.	: Editör
f	: Frekans
FDA	: Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi
IMF	: Uluslararası Para Fonu
İEİS	: İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası
KKKA	: Kırım Kongo Kanamalı Ateşi
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences For Windows
SS	: Standart Sapma
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TL	: Türk Lirası
vb.	: Ve benzeri
vd.	: Ve diğerleri
WB	: Dünya Bankası
WTO	: Dünya Ticaret Örgütü
X²	: Kruskal Wallis Varyans Analizi Test Değeri
Yrd.	: Yardımcı
Z	: Mann Whitney U Testi Değeri
$\bar{X}$	: Aritmetik Ortalama
€	: Euro

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1.1. Sağlık ve Tıpta Çağdaş Dönüşümler.....	4
Tablo 2.1. Sağlık Bakım ve Farmasötikler Bazındaki Ar-Ge Harcamaları ve Satışlar	33
Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri.....	50
Tablo 4.2. Katılımcıların İlaçla İlişli Dışlı Olma Durumuna Yönelik Bulgular.....	52
Tablo 4.3. Katılımcıların Hekimin Yazdığı Her İlaç Kullanıp Kullanmadıklarına Yönelik Sorulan Sorudan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	54
Tablo 4.4. Katılımcıların Hekim Tercihinde Az İlaç Yazan Hekimin Tercih Nedeni Olup Olmadığı Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	56
Tablo 4.5. Katılımcıların Hekimin Yazdığı İlaç Hakkında Hekimden Bilgi İsteyip İstemediği Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	57
Tablo 4.6. Katılımcıların Eczaneden İlaç Alırken İlaç Hakkında Bilgi Alıp Almadığı Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	60
Tablo 4.7. Katılımcıların Aldıkları İlaçın Prospektüsünü Okuyup Okumadıkları Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	61
Tablo 4.8. Katılımcıların İlaçın Fayda/Zarar/Yan Etkilerine Dikkat Edip Etmedikleri Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	64
Tablo 4.9. Katılımcıların Hasta Olmadıkları Halde (Önlem/Korunma Amaçlı) İlaç Kullanıp Kullanmadıkları Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	66
Tablo 4.10. Katılımcıların Evde Bulunsun Diye İlaç Yazdırıp Yazdırmadıkları Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	67
Tablo 4.11. Katılımcıların Başkası Adına İlaç Yazdırıp Yazdırmadıkları Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	70
Tablo 4.12. Katılımcıların Sırf İlaç Yazdırmak İçin Hekime Başvurup Başvurmadıkları Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	71
Tablo 4.13. Katılımcıların Kullanmadığı Halde İlaç Bulundurup Bulundurmadıkları Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	74
Tablo 4.14. Katılımcıların Bir Yerden Bir Yere Giderken Yanına İlaç Alıp Almadıkları Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	76
Tablo 4.15. Katılımcıların Medyanın İlaç Kullanmayı Tetiklediğini Düşünüp Düşünmedikleri Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	78

Tablo 4.16. Katılımcıların İlaç Kullanmayı Sevip Sevmedikleri Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı.....	80
Tablo 4.17. Katılımcıların İlacın Bir Rahatsızlığınıza İyi Gelirken Başka Bir Rahatsızlığa Sebep Olabileceğini Düşünüp Düşünmediği Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	81
Tablo 4.18. Katılımcıların Yan Etkilerinden Yola Çıkarak Vücutlarının O İlaça Olumsuz Tepki Verdiğine Şahit Olup Olmadıkları Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	82
Tablo 4.19. Katılımcıların İlaç Kullanımının Toplumun Geleceği İçin Tehdit Oluşturup Oluşturmadığı Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	84
Tablo 4.20. Katılımcıların Çevrelerindeki Düşündüklerinde İlaçla İçli Dışlı Olduklarını Düşünüp Düşünmedikleri Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	86
Tablo 4.21. Nitel Çalışmadaki Katılımcıların Unvan ve Birim Bilgileri	88

ŞEKİLLER

Şekil 2.1. İlaç Sektörünün Değer Zinciri	27
Şekil 2.2. İlacın Araştırma Geliştirme (Ar-Ge) Süreci	28



TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca önerilerini ve katkılarını esirgemeyen, artık başaramayacağım dediğim anlarda bile bana moral olup destek veren can yoldaşım Kemal Sülük'e teşekkür ederim. Tezimin son zamanlarına denk gelse de, bana olmazların olacağını hatırlatan ve varlığıyla güç veren içimdeki küçük adam, sen de iyi ki varsın.

Hayatımın her anında yanımda olup dik durmamı sağlayan hayatımdaki en değerli varlığım aileme; babam Ali Bacanlı, annem Nimet Bacanlı, kardeşlerim Hasan Berat Bacanlı ve Rana Bacanlı'ya minnetle teşekkür ediyorum.

Lisans döneminden, tezin uygulanması safhasına kadar bilgi ve desteğini esirgemeyen, en dar zamanlarında bile yardımcı olmak için çalışan değerli hocam Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı ve aynı zamanda danışmanım Prof. Dr. Ramazan Erdem'e teşekkürlerimi bir borç bilirim. Ayrıca vakitli vakitsiz çok yardımını gördüğüm Yrd. Doç. Dr. Necla Yılmaz'a teşekkür ederim.

Her zaman olduğu gibi tez çalışmam boyunca da maddi manevi desteğini esirgemeyen canım arkadaşlarım; Rukiye Yorulmaz'a, Betül Sarıkelle'ye ve Günnur Yılmaz'a teşekkür ederim.

Ayrıca bu çalışma 4653-YL1-16 nolu BAP (Bilimsel Araştırma Projesi) tarafından desteklenmiştir. Bu yüzden BAP yetkililerine de maddi desteklerinden ötürü teşekkür ederim.

Naziye SÜLÜK

Isparta 2017

GİRİŞ

Son zamanlarda ilaç kullanımı ciddi oranda artmıştır. Bu artış, ilacın ya gereksiz ya da aşırı kullanımı nedeniyle olmaktadır. Aslında sağlığa kavuşma niyetiyle kullanılan ilaçların, çoğu zaman fayda/zarar boyutları göz ardı edilebilmektedir. İşte tüm bunların ışığında bu tez, neredeyse içli dışlı olacak kadar çok kullanılan ilaçların aslında çok masum olmadığını ele almakta ve toplum bazlı bilinç ve de farkındalık oluşturmaya çalışmaktadır. Bununla beraber daha önceleri el ve göz yardımıyla yapılan muayene ve tedavilerin yerini alan ve makine/cihazlar ile tedaviyi öngören “modern sağlık” işlenmekte ve git gide tıbbileştirilmekte olan hayat ise sonuçlarıyla ele alınmaktadır.

Modern sağlık ile beraber hastalıklara bulunan çareler çeşitlenmiş, bununla beraber kişiler de etki altına alınmaya ve yönlendirilmeye başlanmıştır. Öyle ki kapitalizmin etkisini gösterdiği bir alan haline gelen sağlık sektörü üçüncü kişiler ve görünmeyen otoritelerce yönetilmekte/yönlendirilmektedir. Sürekli olarak tüketimi ve ardından da kârı öngören kapitalist sistemle kişiler adeta tüketime özendirilmektedir. Tabii ki sağlık alanına sirayet eden kapitalist görüntü de, yeni hastalıkların inşası ve onlara yaren ilaçların piyasaya sürülmesiyle olmaktadır. Bitkisel karışımlar adıyla özellikle kadın bedenlerinin denetlenmesi kozmetik ve yaşlanmayı geciktirme (anti-aging) alanlarını oldukça geliştirmiştir. Tabii kadınları bu tip şeylere özendiren en büyük etken de medya organları olmaktadır. Genel bağlamda insan bedenine etki eden bir diğer öge de aşılar ve virüsle yayılan bulaşıcı hastalıklardır. İnsanların canlarına mâl olan ve biyolojik terörizm adı verilen bu uygulamalar kimya sanayinin gelişimi ve ilerlemesiyle son derece önem kazanmıştır.

Kimya endüstrisinin en büyük çıktısı bugün ilaçlardır diyebiliriz. Zira çıkan her hastalığa derman olan yine, yeni çıkarılan ilaçlardır. Ve ilaç sayıları gün geçtikçe katlanarak artmaktadır. İlaç endüstrisi de her seferinde, genel etki alanı olan hastalara (ve artık sağlıklılara da) ilaçtan ve ilacın öneminden bahsetmektedir. Tabii ki çıkan her yeni ilaç da bir öncekinin üstü ve daha iyisi olarak piyasaya sunulmaktadır. Böylelikle kişilerin fikirleri de yönlendirilmekte ve direkt olarak ilaç tüketiciliğine itilmektedirler. Sağlığı için tüm servetini harcamaya meyilli olan bireylerin de bu zaafları maalesef kullanılmış olmaktadır. Tüm bunlar için ise görünen sebep; ilaç firmalarının çıkardığı her yeni ilaçtan beklediğinin de üzerinde satış yapması ve cirolarını katlamasıdır.

Farmasötikalizasyon, yukarıda amacı tanıtılan ilaç endüstrisinin, sağlığı ticarileştirme girişimlerinin orijinal adıdır, diyebiliriz. Farmasötikalizasyon ile sağlık, baştan aşağı yeniden tanımlanmaktadır. Yeni tanımlanan sağlıkta da ilaç kullanımına sonsuz ayrıcalık tanınmıştır. Hükümetler dâhi sisteme dâhil edilmiş, deyim yerindeyse bireylere kaçacak delik bırakılmamıştır. Zira sağlıklı insanlara bile “olduğundan daha iyi olmaları için” ilaç pazarlanabilmektedir.

Yukarıda tanıtılan tüm konular tezde sırasıyla ele alınmış ve çözümlenmeye çalışılmıştır. Değinilen konularla birlikte tezin amacı, hasta ve sağlıklıyken sıklıkla başvurduğumuz ilaçların modern hedefleri hakkında bilgi vermek, verilen bilgi ışığında da toplumda farkındalık oluşturmaya çalışmaktır. Bu amaçla; birinci bölümde çağdaş dönem sağlığından bahsedilmiş, medikalizasyon tanıtılarak etki alanları ele alınmıştır. İkinci bölümde ilaç ve ilaç endüstrisi işlenerek endüstrinin ilaç satış stratejilerine değinilmiştir. Üçüncü bölümde ise farmasötikalizasyonun ne olduğu ve nelere etki ettiği değerlendirilmiştir. Dördüncü ve son bölümde ise gereç-yöntem kısmı, araştırma genelinden elde edilen bulguların tartışılması ve sonuç-öneri bölümleri yer almıştır.

BİRİNCİ BÖLÜM

ÇAĞDAŞ SAĞLIK VE TIP

Dünya Sağlık Örgütünce sağlık; yalnızca hastalık ve sakatlığın olmaması değil, kişinin beden, ruhen ve sosyal yönden esenlikte olması durumu olarak tanımlanmıştır (Tengilimoğlu vd., 2011: 67). Hastalık ise; organizmada bazı değişikliklerin meydana gelmesiyle, sağlığın yitimi ve rahatsızlık durumu olarak tanımlanmaktadır (<http://www.tdk.gov.tr>). Bu iki kavram arasında birbirine zıt anlamlar barındırırsa da tamamen birbirleriyle etkileşim içindedirler. Bu etkiyi Dew ve arkadaşları (2015: 279) şu şekilde belirtmektedirler: Sağlık ve hastalık kavramları birbirleri arasında değişken ilişkili ve de dinamik yapıya sahiptir. Aralarında durağan bir yapı bulunmaz.

Sağlığı ve hastalığı genel olarak içine alan tıp ise Kara (2013: 96) tarafından şu şekilde belirtilmiştir: Tıp var olduğundan itibaren hastalıkları önlemeye, önleyemediklerinin tedavisine, tedavi edemediklerinin de rehabilitesine çalışmış, kişilerin sağlığının daha ileriye taşınması için çabalamıştır. 19. yy sonlarından günümüze kadar ulaşan bugünün modern tıbbı, teşhis-tedavi tekniklerinde müthiş gelişmeler göstermiştir. Elektronik araçlar, X ışınları ve radyoterapi bu gelişmelere örnek olarak verilebilmektedir (Adak, 2002: 104). Sürekli bir gelişme ve ilerleme halinde olan tıptan, toplum ve birey sağlığının giderek pozitif yönlü etkilenmesi beklenirken, gerçekte bugün geçilen durum tartışmalıdır. Şimdiye dek tıbbın başarısıyla çok sayıda hastalığın üstesinden gelinmiş ve yaşam süresi uzamıştır. Fakat bir o kadar yeni sağlık problemleriyle karşı karşıya kalınmaktadır (Heper, 2013: 95). Artık, kişilerin sağlığını, sağlığın üzerindeki piyasa kuralları belirlemektedir. İnsan bedeni üzerinden değer üretimi yapılmakta ve hasta sayısının azalması sistemin sonu olarak algılanmaktadır. Bu şekliyle tıp, temel felsefesi olan insanın beden ve ruhsal olarak tam bir bütünlüğünden oldukça uzaklaşmaktadır (Kara, 2013: 96). Konuyla ilgili olarak, Illich (2011: 40) Sağlığın Gaspı'nda, değerlerinden arınmış bir tıbbi bakım ve tedavinin bugün artık mümkün olmadığını belirtmektedir.

Nettleton (2006: 11), geçmişten günümüze değişen sağlık anlayışını ya da diğer bir ifadeyle sağlıktaki çağdaş dönüşümleri Tablo 1.1’de gösterildiği gibi özetlemektedir;

Tablo 1.1. Sağlık ve Tıpta Çağdaş Dönüşümler

Hastalık (Disease)	Sağlık (Health)
Hastane (Hospital)	Topluluk (Community)
Akut (Acute)	Kronik (Chronic)
Bakım (Cure)	Koruma (Privention)
Müdahale (Intervention)	Gözlem (Monitoring)
Tedavi (Treatment)	Bakım (Care)
Hasta (Patient)	Kişi/Birey (Person)

Kaynak: Nettleton, 2006: 11

Tablo 1.1’de de görüldüğü gibi artık her birey bir hasta ya da hasta potansiyeli olarak görülmekte ve buna göre stratejiler geliştirilmektedir. Sağlıklı kişilere de hasta gözüyle bakılmakta, iyileşmeleri için tavsiyelerde bulunulmaktadır. Bu durumu kişiler artık tamamen benimsemekte ve dahası kendileri talepkâr konumda yer almaktadırlar.

Sağlık konusundaki beklentiler sürekli olarak artmaktadır. Buna orantılı olarak da sağlık hizmetlerinden yararlanma doğrultusunda daimi bir talep artışı gözlenmektedir (Turner, 2011: 251). Bunun bir sonucudur ki bugün kişiler ellerinden geldiği kadar çok tedavi olmak için hayatlarından olmaktadır (Illich, 2011: 43). Bireyler sağlıklı iken de bıçak altına yatabilmekte, kendilerini üçüncü kişilerce çizilmiş ideal insan tiplemesine hazırlayabilmektedirler. Hastalık ya da sıradan rahatsızlıklarda bile hızlı ulaşım sağlanabilen ilaçlar sürekli olarak artış göstermektedir. Günümüz tıbbında maalesef ki iyileşme ve sağlığa geri kavuşma uğruna yapılan hiçbir şey masum kalmamaktadır. Cirhinlioğlu’na (2001: 135) göre modern tıp hastalıkları, daha ortaya çıkmadan nasıl en iyi şekilde tedavi edilebileceğini zaten bireylere söylemektedir.

Hayatımıza egemen kılınmaya çalışılan kapitalist sağlık; alınıp satılan bir şey yani “meta” haline getirilmektedir. Ayrıca git gide piyasalaşması ve ticarileşmesi sağlanmaktadır (Sönmez, 2013: 156).

Hasta-hekim ilişkisinin ticarileştirilmesi hekimin ekonomik rekabet koşullarında hastaya uyguladığı teşhis ve tedaviyi de metalaştırmaktadır. Böylelikle hastalar müşteri olarak algılanırken, meta satıcıları da parasını müşterisinden kazanmaktadır. Tabi ki bu durumda ekonomik rekabet arttıkça buna orantılı olarak alım gücü yüksek olan müşterilere (hastalara) yönelik talep artmış olacaktır. Sonuç itibariyle piyasanın asıl ilgisi şudur; isteyen hastalara daha fazla tedavi verilir, ihtiyacı olanlara değil. Doğal olarak tıbbın kalitesini de hastalar yani müşteriler belirlemiş olacaktır (Deppe, 2010: 50). Konuyla ilgili Türkiye’de eleştirel yaklaşımları ile tanınan Dr. Yavuz Dizdar şunları söylemektedir: *Bugün; hekimlerin hastaları dinlemeye hiç mi hiç vakti yok. Üstüne üstlük muayeneden de vazgeçmiş durumdadırlar. Ve teknolojinin sunduğu görüntüleme sistemlerine kendi el becerilerinden daha çok güvenmektedirler. Hastalığın çözümü için tek yaklaşımları ise ilaçlardır. Dinlemedikleri hastanın problemini pahalı tetkiklerle anlamaya çalışmaktadırlar. Hiç şüphesiz ki bu durum hastanın tedavi olamamasının yanında istenen ve beklenen sağlık harcamalarını arttırmaktadır.* (www.yavuzdizdar.com).

Ritzer’in 1993’te yaptığı araştırmaya göre *McDonalddlaşma*’nın toplumsal sonuçları işlenmiştir. Ritzer’in fast food endüstrisine uyguladığı bu araştırma özellikle Kuzey Amerika’da seyyar- açık hizmet kliniği olarak uygulanan sağlığa da ilham kaynağı olmuştur. Eczacılık sanayisinde basit gebelik testleri ve kan basıncı ölçümleri yapıldığı düşünüldüğünde “tıbbi hizmetlerin McDonalddlaşması” sürecinin de oluşmaya başladığı sonucuna ulaşılabilmektedir (Turner, 2011: 262).

Tıbbın, artık toplumun refahı ve esenliği dışında acımasız bir karaktere dönüştüğüne yönelik tartışmalar yapılmaktadır. Sağlık sektörünün, toplumu iyi etmeyi kendine amaç edineceği yerde, aksine sağlıklı insanlara da zarar vermeye başladığı kanaati güçlenmektedir. Bu konunun asıl tetikleyeni de kapitalizmin topluma kazandırdığı öğretilerdir, denilebilir. Öyle ki kapitalist düşünce her ne alanda olursa olsun kazanmayı amaç edinmektedir. Aynı şekilde sağlık konusunda da kapitalist düşünce, sağlık hizmeti sağlayıcılarına kazanmayı hedef göstermektedir. Tabii bunu yaparken kazançları uğruna topluma zarar vermeye başladığını da göz ardı etmektedir.

1.1. SAĞLIKTA MODERN VE POSTMODERN DÖNEM ETKİLERİ

“Modern” terim olarak Avrupa’da ortaya çıkmıştır. Kelime anlamı itibariyle “modern” eski ve antik kalmış ilişkilerin yenilenmesiyle oluşmuş yeni bir dönemdir. Özellikle eski inançların değiştirilmesi, bilginin gelişimi ve de sosyal ve ahlâki gelişmeler için “modern” bir fikir olmuştur. Diğer bir ifadeyle modern bilinç ortaya çıkmıştır. Bu yeni devir 19. yy başlarında oluşturulmuştur (Habermas, 1981: 3-4).

Sarup (1997: 207), modernizmi sınırı olmayan kendini gerçekleştirme arzusu ve çevreden gelen aşırı uyarılma ile kişilerin kendiliğini ortaya çıkaran toplumsal bir güç olarak nitelendirmektedir. Modernlik; günlük sosyal yaşamı köklü bir şekilde değiştirmekte ve yaşamımızın kişisel ve mahrem yönlerini de etkilemektedir. Bu şekilde bakıldığında; modernlik, bir tarafta kişisel eğilimler ve diğer tarafta globalleştirici etkilerle karşılıklı bağlantılı iken aslında potansiyel gerginlik de oluşturabilen bir öğedir (Mutlu, 2005: 371). Örneğin, kapitalist sistem sayesinde dünya üzerindeki milletleri etkilemektedir (Berger et al., 2000: 159).

Postmodernizm ise daha yeni bir dönemdir. Ve bu döneme modernist döneme nazaran daha farklı bakılmaktadır. Bu dönemde insan bedenine ve sağlık sorunlarına bakış değişmiştir. Öyle ki postmodern dönemde hastalık olgusundan çok sağlık ve tüketim olgusuna bir geçiş söz konusudur. Medya ağırlık kazanmakta, özellikle çıkarıcı gruplar bu sayede emellerine ulaşabilmektedirler. Bilimsel tıptan ziyade alternatif tıp daha fazla kabul görmektedir (Cirhinlioğlu, 2001: 102). Alternatif tıp canlandırılmakta, medya eliyle toplum 3. kişi ve kurumların ilgisi dâhilinde bilinçlendirilmektedir. Bireyler tüketimciliğe yöneltilerek üzerlerinden kâr sağlanmaktadır.

Postmodernizm, temelde modernizm eleştirisi olmasına rağmen aslında ikisi de kapitalizmin farklı tonlarıdır (Canatan, 2011: 396; Özcan, 2007: 265). Bugün postmodernizm çatısında insan bedeninin algılanışı temel alınmaktadır. Öyle ki, postmodern dönemde insan bedeni kapitalist ekonomik düzenin ürünüdür ve tüketim toplumunun merkezini oluşturmaktadır (Cirhinlioğlu, 2001: 139). Kişiler; “ticari değere dönüştürülebilir birer beden” olarak algılanmakta ve bedenler üzerinden pazarlıklar yapılmaktadır.

Modern toplumda bireyler; insanın doğup, büyüyüp, öldüğünü kabul ederlerken Batı'nın çağdaş toplumları, daima genç bir vücuda sahip olmak ve mümkün olduğunca yaşlanmayı geciktirmek istemektedirler. Zaten Batı kültürü de toplumu bu yöne sevk etmektedir. Batı kültürü ya da postmodernizm genç kalmanın bir değer olduğunu anlatmaktadır (Cirhinlioğlu, 2003: 139). Yaşlanmamak adına bugün çok sayıda ilaç çıkarılmakta, kişilerin çıkan ilaçları satın almaları da istenmektedir. Böylelikle Batı kültürünün etkisi altında kalan üçüncü kişi ve kurumlar bir nebze de olsa kâr sağlamış olacaktırlar.

Post modern dönemde sağlık, sağlıklı yaşam söylemleri, sağlıklı yaşam ürünleri ve bu konularda bilimsel çalışma adı altında sunulan her bilgi alıcı bulmakta, her tedavi kabul görmektedir. Böylelikle tıp bilimi, çözüm üreten evrensel değerlere sahip ve birçok kimsenin büyük saygınlık duyduğu bir disiplin olmaktan çıkmaktadır (Bozbek, 2014: 13-16). Çünkü sağlığa dışarıdan etki eden güç ya da güçler yıllık ciroları uğruna bilimsellikten oldukça uzaklaşmaktadırlar. Bilimsellikten uzaklaşan sağlık ise bireylere iyi gelmemekte ve daha da öte, zarar vermektedir.

1.2. KAPİTALİZMİN SAĞLIK VE İLAÇ SEKTÖRÜNE ETKİLERİ

Sağlık, bireyin çevresiyle bedeni arasındaki bağlantı dâhilinde gelişen süreçleri ve sonuçları kapsayan bir kavramdır. Buradan, sağlığın belirleyenin çok olduğu sonucuna ulaşılabilir. Kapitalizm, hem bu belirleyenlere hem de sağlık düzeyine etki etmektedir (Yavuz, 2013: 41). Örneğin, kaynaklarımızı yok etmekte, kirliliği arttırmakta, ekolojik dengesizliği de hat safhaya çıkartmaktadır. Buna bağlı olarak kötü beslenme, açlıktan ölme ve genel yoksullaşma gün geçtikçe artmaktadır (Lodziak, 2003: 21). Kapitalizm günümüzde sağlıksızlığı oluşturup bu ortamdan kâr elde etmeye çalışan sağlık sistemini kurmuştur. Çünkü hizmetlerin metalaşmasındaki en büyük etken kapitalizmdir. Örneğin; bedenin metalaştırılıp sosyal kontrol aracı haline gelmesinde kapitalizm etkilidir (Yavuz, 2013: 41).

Kapitalizmin sağlık alanındaki çok yönlü yönlendirmeleri ise ŗunlardır (Gr, 2010: 306-307);

- Yeni hastalıkların icadı: Doğal süreçler abartılmakta, kiŗinin hasta olduğu ya da olacağı ima edilmektedir.
- Kiŗilerin zihinlerini hedef almakta ve böylece sistemin sorgulanmasını engellemektedir.
- Doğal olmayan gıdaların tüketimi arttırılmaktadır. Bununla beraber hastalıklar meydana gelmektedir. Kiŗilerin “organik” adı altında yaŗamalarını sürdürmeleri sağlanmaktadır.
- Kiŗilerden sağlıklı olmaları, iyi giyinmeleri ve giydiklerini üzerinde taŗımaları istenmektedir.
- Kiŗiler her seferinde daha pahalı bir sağlık hizmetine itilmektedir.
- Bedenle iliŗkilendirilen baŗka bir alan da turizm ve eğlence faaliyetleridir. Kiŗinin bedenlen rahatlaması amaçlanan bu sistemde de kiŗi bir bedel karŗılıđında bedenini dinlendirerek aslında sisteme katkı sağlamaktadır.

Kapitalizm sağlık sektörüne yönelik oldukça acımasızdır. Kiŗilerin bedenleri üzerinde kendine farklı hedefler belirlemiŗ ve bu hedeflere ulaŗmak için de her ŗeyi göze almıŗtır. Kapitalizmin beden üzerinden gelir elde edebildiği diğer bir konu da ilaçlardır. Yavuz’a (2013: 46) göre kapitalizm ilaç sektörünü “sanayi sektörü”, sağlık hizmetlerini de “hizmet” olarak tekelleŗtirip serbestleŗtirmiŗtir. İlave olarak Dünya Ticaret rgt (WTO), Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Bankası (WB) gibi uluslararası bazı önemli kuruluŗlarla da anlaŗarak sağlık hizmetlerini metalaŗtırıcı etki oluŗturmuŗtur.

Aydın (2013: 33), ilaç endüstrisini tıbbi mafya olarak nitelendirmekte ve ŗyle devam etmektedir: Tıbbi mafya diyebileceğimiz ilaç endüstrisi tamamen duygusal (parasal) sebeplerle pahalı ve oldukça yan etkiye sahip kolesterol ilaçlarının yerine ucuz ve yan etki bakımından çok daha az iltihap azaltıcıları (D vitamini, balık yağı, otlar, baharatlar) nermemektedir. Yani tıbbi mafya, her seferde daha fazlasını kazanmak ğruna bilimi tahrif etmeyi rahatlıkla göze alabilmektedir.

Başka bir örnekte de Albritton (2010: 213), obezite salgınının açlık salgınına göre çok daha ön planda tutulduğunu vurgulamaktadır. Zira kapitalistler açlık salgınına dikkat çekmek istememektedirler. Sonuçta açlık salgını kâr sağlanabilecek bir alan değildir.

Kapitalizm, anlamını yansıttığı günden bu yana oldukça gelişmiş, her alana ve sektöre yayılarak sistemleşmiştir. Kurduğu sistemde de insanları insan olarak değil birer para birimi olarak canlandırmaktadır. Bu düzeni de her alana yaymakta, işçi- patron, hasta- doktor ayırt etmeden herkesi ve her kesimi sömürgesi altına almaktadır. Sonu olmayan bu sistem/ düzen sağlık sektöründe de bir virüs gibi yayılmakta ve hemen her dalına sirayet etmektedir. Yavuz’a (2013: 56) göre; “günümüz kapitalizmi sağlığı ve tıbbi kâr odaklı bir süpermarkete dönüştürmektedir. Birey ise sağlam ya da hasta olsun bu süpermarketin “müşterisi”dir.

1.3. TÜKETİM TOPLUMU/TÜKETİMCİLİK

İçinde bulunduğumuz dönemde insanlar kesinlikle tatmin olmayan canlılar haline gelmiştir (Özcan, 2007: 273). Tüketim, her ne kadar ihtiyaçlarımızı karşılamak için değil de hayattan zevk almamız için gelişmiş olsa da, bugün tüketim toplumunda yapılan, belirli nesneler için ihtiyaçların oluşturulması değildir (Köker ve Maden, 2012: 100; Yanıklar, 2010: 29). Tüketim arzusu ve tüketmenin verdiği haz ihtiyaçların önüne geçmiş olup, statü göstergesi olarak tüketmek vazgeçilemez bir alışkanlığa dönüşmüştür. Bununla beraber aslında tüketimin kendisi de hızla tüketilmekte ve arzular hemen yeni bir yöne kayarak tüketilecek yeni şeyler arayıp bulma çabası içinde olmaktadır (Bozbek, 2014: 4-5).

Sağlık açısından insan bedeni tüketim aracı haline getirilmiştir. Bu da moda/ yaşam biçimini etkilemekte ve değiştirmektedir. Tüketim imgeleri, işaret ve uyarıcıları kullanılarak eğlence ve heyecan oluşturulmaktadır (Cirhinlioğlu, 2001: 102). Bu bağlamda kitle iletişim araçları; kapitalizmin tüketime ikna görevini gerçekleştirdiği en etkin araçlardır (Yanıklar, 2010: 31). Medya aracılığıyla topluma her yeni çıkan mal ya da hizmetin reklamı yapılmakta, güzelliği anlatılmakta ve ballandırılarak tanıtılmaktadır. Böylelikle tanıtılan ürüne ilgi artmakta, kişilerde satın alma davranışları oluşmaktadır. Zira reklamı yapılan her ürün bir önceki modelin üstü olarak gösterilmekte ve genellikle önceki modellerin eksiklerinden dem vurulmaktadır.

Böylelikle pazarlama ve satış stratejileri fazlaca işe yaramakta, müşteriler de satın aldıkları mükemmel ürünlerle sonraki çıkacak olan bir üst modeli dört gözle takip etmektedirler.

Sağlık ve sağlık hizmetleri de diğer mal ve hizmetler gibi tüketim yarışına itilmektedir. Alanının uzmanı(!) olduğunu ileri süren ve aslında konuyla ilgili donanımlı bilgisi bulunmayan sözde uzmanlar toplumu sağlık tüketiciliğine itmektedirler. Örneğin, toplumun bitkisel ürünlere olan zaafı ve bireylerin “bitkisel ise zarar gelmez” şeklindeki kalıp fikirleri kullanılmakta, içeriğinde çok fazla kimyasal barındırsa dâhi “sağlıklı” imajıyla satımı sağlanmaktadır. Bireyler de sağlıklı olduğu fikrine itimat ederek satın aldıkları ürünlerin kendilerine zarar verebileceğini göz önünde bulundurmamaktadırlar. Zira her şeyin başının sağlık olduğu referansı ile sağlıkları için harcama yapmaktan kaçınmamaktadırlar. Buradan hareketle diyebiliriz ki; bugün bir tarafta doymak bilmeyen bir kurt, diğer yanda ise savunmasız kuzu sürüsü vardır.

1.4. MEDİKALİZASYON (TİBBİLEŞTİRME)

Günümüz dünyasında teknoloji ve haberleşmenin artışıyla birlikte kurumların kâr amaçları da doğru orantılı olarak artmaktadır. İlaç sanayi başta olmak üzere sağlık alanındaki pek çok kurum ve kuruluş kârları için kişilerin tıbbi durumlarına göz dikmişlerdir. Belirli bir noktadan sonra, tıbbi hizmet ve bakımın üretilmesi ve dağıtılması çok fazla hastalık üretmiştir (Illich, 2006: 152). Bu sonradan üreyen/ türeyen hastalıkları Korkmaz ve Topal (2006: 308) “uygarlık hastalıkları“ olarak tanımlamaktadırlar.

Korkmaz ve Topal’ın “uygarlık hastalıkları” olarak tanımladıkları medikalizasyon için farklı tanımlar mevcuttur. Örneğin, Conrad ve arkadaşlarına (2010: 1943) göre medikalizasyon; medikal olmayan hastalık/ sağlık bozukluklarını medikal bir hastalıkmiş gibi tedavi etmeye çalışan süreçler toplamıdır. Sezgin (2011: 59) de bu tanıma paralel olarak sürece vurgu yapmaktadır. Şöyle ki; tıbbileştirme, bir problem veya durumun tıbbi çerçevede ve tıbbi müdahale ile tedavi edilebilecek bir durum olarak ifade edilmesidir. Tıbbileştirmede önemli olan süreçtir. Ve bu süreç, medya, tıp profesyonelleri ve ilaç endüstrisinin bireyi tedaviye kabul ettirmesidir (Sezgin, 2011: 60).

Zola'ya (1972: 487) göre ise; medikalizasyon; hastalıkların, rahatsızlıkların ve yaralanmaların düzenlenmesi ve kontrolü için tasarlanmış, modernitenin toplumsal ve tıbbi uygulamalarının araştırıldığı ve bulguların temel çalışmalarda kullanıldığı bir terimdir.

Kleinman (2012), medikalizasyon ile ilgili 3 ana nokta belirlemektedir. İlk olarak; medikalizasyon modern bir kavramdır ve modern olguları yetersiz bir şekilde açıklamaya çalışmaktadır. İkinci olarak; medikalizasyon süreçleri önemli olmasına rağmen, son zamanlardaki hem olumlu hem olumsuz maliyetleri kapsamında düşünüldüğünde maliyetli bir olgudur. Son olarak; medikalizasyon, etkileri net bir şekilde araştırılarak kesin ve açık bir şekilde belirtilebilir bir kavramdır.

Medikalizasyonda (Clarke et al., 2003: 168-169);

- Ekonomik organizasyonlar vardır. Şirketleşme, kamulaştırma ve rasyonalizasyon etkindir.
- Bireysel/ olgu temelli tıp ile genellikle ofis tabanlı hasta bilgileri üzerinden lokal kontrol yapar.
- Tıp bilimi ile teknolojik müdahaleler etkindir (antibiyotikler, kemoterapi, radyasyon, diyaliz vb).
- Vücudun bölümlerine, işleyişlerine ve hastalık gelişimine bağlı yeni tıbbi uzmanlıklar vardır (kardiyoloji, jinekoloji, onkoloji vb).
- Tepeden tırnağa başlatılan tıbbi profesyonel müdahaleler vardır.
- Tüm tıbbi cihazlara uyan tek tip bedenler/ teknolojiler ve ilaçlar ve de kozmetiği de içeren yüzeysel ve değiştirilmiş bedenler vardır.
- Durumların ve hastalıkların damgalanması söz konusudur (herkese farklı teşhiste de olsa hastalık damgası vurulması gibi).

Medikalizasyonun Clarke ve arkadaşlarının maddelendirdiği ögeleri uygulamaya geçirmesi ve daha geniş alanlara yayması için bazı destekleyicileri bulunmaktadır. Conrad (2005: 10) bu destekleyicileri şöyle belirtmiştir; medikalizasyonun arkasında onu destekleyen; biyoteknoloji, tüketiciler, tıp, çıkar grupları gibi sayıları gittikçe çoğalan bazı ögeler bulunmaktadır.

Medikalizasyon piyasa çıkarları ve ticari çıkarlar merceği altında tahrik edilmektedir. Tahrik altında olan medikalizasyonun, ticari çıkarları ise aşağıdaki gibi örneklendirilebilir:

- Obezite ve Kellik: Tıbbileştirmenin genetik etkilerinin örneği olarak ele alınan obezite, toplumda giderek artan sorunlardan biridir. Genler üzerinde çalışılarak düzeltilmesi arzulanan kilolar, diyet listeleri ve zayıflama ilaçları bu şekilde işlerlik kazanabilmektedir. Aynı şekilde kellik de temelde genetik temellere dayanır. Medikalizasyon saç nakli ile bu sorunun üstesinden gelmeye çalışmış ve kelliği durdurup saçı yenileyebilmiştir. Tabii ki bu sorunu da “saç büyüme bozukluğu” olarak tanımlamıştır (Conrad, 2005: 7).
- Vücut Özellikleri: Örneğin; kas, şekil, renk, bellek, görme, işitme, performans ve yetenek gibi beden özellikleri tıbbileştirme kapsamına alınabilir. Bu tür alanlarda biyoteknolojik yenilikler yapmak tıbbileştirme için bir pazar haline gelecektir (Conrad, 2005: 7). Conrad’ın sözünü ettiği pazarın günümüzde etkin bir şekilde faaliyette olduğu belirtilebilir.
- Yaralanmalar: Medikalizasyonda hastalığa ek olarak yaralanmalarda da temel anlamda metalaştırma yapılmaktadır (Clarke et al., 2003: 162).
- Reklamlar: İlaç reklamlarındaki artış, kozmetik cerrahi ve yetişkin terapileri medikalizasyona örnektir (Conrad, 2005: 8).

Sağlıkta tıbbi kontrol genişlemekte; hastalık, bürokratik kontrol dâhil edilerek tıbbileştirilmektedir (Turner, 2011: 236). Sezgin (2011: 21), tıbbileştirmenin günlük hayatımızı büyük oranda etkilediğini belirtmektedir: Günlük hayatın tıbbileştirilmesi kişiye kendini hasta hissettirmektedir. Bunun için de kişiler gereksiz yere tedaviye yönelmekte, dolayısıyla tıbbi gücün kâr amacına katkıda bulunmaktadır.

Sağlığı etkisi altına alarak bütünüyle kontrolü eline alan medikalizasyonda Clarke ve arkadaşlarına (2003: 162) göre yenilikler mevcuttur. Bunlardan bazıları; biyomühendislik, genomik, yeni bilgisayar tabanlı görüntüleme teknolojileri, bilgisayar destekli ilaç gelişmeleri, kanıta dayalı tıp ve tele tıp/tele sağlık’tır.

Medikalizasyon alışmaları son on yıl içerisinde modern yaşamda ilaçlara ve ilaç endüstrisine olan ilginin büyük oranda arttığını göstermektedir (Bell and Figert, 2012: 775). Artan ilgiyle beraber de ilaç ve biyoteknoloji endüstrisi medikalizasyonun (tıbbileştirme) büyük oyuncularına haline gelmiştir (Conrad, 2005: 5).

1.4.1. Yaşamın Tıbbileştirilmesi

Gudarzi (2008: 335), teknolojik gelişmelerin; hayatta kalma, yaşlılık ve tükenmişlik sendromu gibi geçmişte olmayan pek çok durum ortaya çıkardığını ve aslında yeni hastalıkların ve de farklı durumların ortaya çıkışının teknoloji ve modernleşme için ödediğimiz bedeller olduğunu söylemektedir. Çağdaş toplumda hastalıkların bu denli yaygınlığı, kapitalist üretimdeki sömürünün bir sonucudur. Kapitalist sistem emeği sömürerek rahatsızlıkların oluşmasına sebep olmaktadır (Turner, 2011: 243). Buradan hareketle, bugün emeğin sömürölmesiyle sağlık sistemleri de resmen ticari birer unsura dönüştürölmektedir.

Emperyalizmin küreselleşme adıyla yeni bir dünya kurma hedefi günümüz sağlık sistemleriyle bütünleşmiş durumdadır. Temel amaç; belirli emperyalist ölkelerde geçerli durumda olan sağlık sistemini bütün olarak tüm dünyaya yaymak ve sağlığı ticaret ve pazarlama unsurlarıyla yeniden düzenlemektir. Bu yeni sisteme “sağlıkta dönüşüm” denilmektedir (Yılmaz, 2013: 244). Türkiye’de yapılan Sağlıkta Dönüşüm Projesi ile sağlık ve sağlık hizmetleri metalaştırılmaktadır. Üstelik bu alan git gide kapitalist üretimin hâkimiyeti altına girmektedir (Zencir, 2012: 49). Kapitalist üretim, sağlık hizmetlerini de içine almakta ve artık bireylerin hayatına da müdahil olmaktadır.

Günümüzde, gündelik yaşam tıbbileştirilmekte ve tıbbileştirilen alanın yükü ve sorumluluğu da bireye yüklenmektedir. Bu durumda birey bunun bir denetim ve kontrol mekanizması olduğunun farkında olmadan doğru davranışları yapmaya çalışmaktadır. Çünkü kendi beden sağlığı için kendinde olmayan bilgilerin verildiğini düşünmektedir. Ve bilgiyi elinde tutan tıp ve diğer kurumların, kendisini bilgilendirerek daha iyi bir hayat sürmesini sağlamaya çalıştıklarına da ikna olmaktadır (Sezgin, 2011: 57). Yani tıbbileştirme, insan bedeni üzerine kurulmakta ve insan bedeninin konu olduğu tüm alanlarda uygulanabilmektedir.

Günümüz dünyasında çoğu gıdanın da bünyesinde barındırdığı ve bireylere farklı açılardan faydalı olan yiyecekler bile tıbbileştirme yapılarak tüketimin artması sağlanmaktadır. Çünkü bireylerden maksimum düzeyde gelir ya da fayda sağlamak isteyen paydaşlar, tıbbi terimler kullanarak ve reklamlar yaparak satışlarını arttırmaktadırlar (Sezgin, 2011: 62).

Sezgin, gün geçtikçe daha fazla alanın tıbbileştirildiğini göz önünde bulundurarak, kişilerin “hasta” olarak gözlemlendiğini söyler. Örneğin, önceleri yaramaz ve afacan olarak bilinen çocuklara günümüzde hiperaktivite tanısı koyulup yıllarca tedavi edebilmektedirler (2011: 68-69). Bu tür hem zihinsel hem de sosyal anlamda yıkıcı davranışlar sergileyen çocuk ve gençlerdeki bu davranışsal bozukluklar medikalizasyonun etkileri olarak sayılmaktadır (Bosk, 2013: 1213).

Bir başka örnek de, Alzheimer hastalığıdır ki önceleri yaşlılığın doğal sonucu olarak bilinen bunama durumunun tıbbileştirilen adıdır. Hatta yaşlılara ek olarak gençlerin ve orta yaştakilerin de dikkat etmesi gerektiğini medya ve sağlık profesyonelleri sürekli olarak belirtmektedir (Sezgin, 2011: 68-69). Alzheimer’ın yanında akıl hastalığı da medikalizasyonla uzun zamandır ilişkilendirilebilen bir konudur ve bu konu günden güne gelişmekte olan merkez bölgelerde ilaçlarla ilgili çalışmaları da iletirmektedir (Bell and Figert, 2012: 778).

Yukarıda sayılan tıbbileştirme araçlarının yanı sıra yeni hastalıklar kişilerin cinsiyetlerine göre de arttırılabilmektedir. Örneğin; tıbbileştirme herkesin sağlığında etkili olmakla birlikte kadınlar üzerinde daha etkili olmaktadır (Attepe, 2013: 22).

1.4.2. Tıbbileştirme ve Cinsiyet

Jean Baudrillard’a göre tüketim toplumunda beden ruhun yerini almış ve beden etrafı sağlık, tedavi, perhiz ve arzu gibi ifadelerle çevrelenmiştir. Kadın bedeni ise en güzel tüketim nesnesidir (Büken, 2011: 15). Tıbbileştirme; kadınların genç ve zayıf olmalarının onlar için tek sağlık normu olduğunu belirtmektedir (Attepe, 2013: 20).

Modern kadınlık, modern tıp bilgisiyle ve cinsiyetlerin bedenleştirilmesiyle var olmaktadır (Köse, 2009: 71). Kadınlardaki adet dönemlerinin sendrom olarak nitelendirilmesi ve hamilelikten doğuma kadar olan doğal seyrin; kilonun takibi, doğum odaları, sağlık çalışanları gibi alanların tıbbileştirilmesi söz konusu olmaktadır. Buna ek olarak, menopoz dönemini de diğerlerine eklemek mümkündür. Genel olarak ilaç kullanımının desteklendiği bu tür durumlarda tıbbileştirme aşırı şekilde kendini hissettirmektedir (Sezgin, 2011: 70-71). Bunlara ek olarak, yaşlanma ve cinsel yaşam da tıbbileştirilebilmektedir (Sezgin, 2015: 164).

Erkeklerde tıbbileştirme kadın bedeninin tıbbileştirilmesi kadar olmasa da gün geçtikçe erkek bedenine de müdahale artmaktadır. Sezgin'e (2015: 175) göre erkeklere yönelik tıbbileştirme gittikçe büyüyen potansiyel bir pazar olarak nitelendirilmektedir. Sezgin, erkeklerde öne çıkan tıbbileştirme unsurlarını yaşlanma, kellik, cinsel performans, sıklıkla yapılan egzersizle kaslı sağlıklı beden, prostat, andropoz (testesteron hormonunun kanda azalması), erken boşalma ve iktidarsızlık gibi öğelerden oluştuğunu öne sürmektedir (2011: 72, 2015: 175-176).

1.5. BEDEN DENETİMİ

Okumuş (2009: 3-5), bedeni “canlı bir dil” olarak tasvir etmektedir. Buna göre beden, hareketli olduğu kadar dinamik ve dışarıdan gelebilecek etkilere de açıktır. Bu yüzden değişim halindedir ve temel olarak değişimlerin zemini sayılmaktadır. Her tür değişime açık durumda olan beden ise bugün adeta tüketim nesnesine dönüştürülmekte ve oldukça etkin bir şekilde kullanılmaktadır.

Beden; tüketim toplumunda proje haline dönüştürülmüş ve karşıtlıklar içinde ötekileştirilmiştir (Ersöz, 2010: 39; Timurturkan, 2008: 5). Foucault'a göre beden, denetim aracı olarak kullanılmakta ve git gide ekonomik ve politik anlamda kullanışlı ve verimli hale getirilmektedir (Elçik, 2013: 143).

Batı temelli olduğu düşünülen ideal beden kriterleri (erkeğin kaslı, kadının ise zayıf olması) aslında Batı'nın karakteristik bir özelliği değildir. Roma ve de Antik Yunan Medeniyetlerinden kalan kadın heykelleri ya da son 500 yılın gelmiş geçmiş kadın portreleri günümüzün kadın güzellik anlayışından çok farklıdır.

Örneğin zayıflık son 20-30 yıldır kabul gören bir kriterdir. Bu durum ancak şu şekilde açıklanabilir; Batı kapitalizminin git gide sömürü kaynakları tükenmektedir. Ve yeni sömürü kaynağı olarak da beden keşfedilmiştir (Canatan, 2011: 310). Yıllar öncesine dayanan bu keşif ise görüldüğü ve de görüleceği gibi pek iç açıcı sonuçlara ulaşmamıştır/ulaşmayacaktır.

Çağımızda özellikle gençlerde ve kadınlarda kalıcı stres ve memnuniyetsizlik meydana getiren hatta bedenlerinden nefret etmeye kadar götürebilen Batı kaynaklı ideal beden anlayışı, hekimlerin “beden imajı bozukluğu” diye adlandırdığı bir durumdur. Genellikle, aç kalma, diyet yapma ve istifra (yediğini kusma) gibi genel anlamda sağlığı bozucu davranış bozukluklarını beraberinde getiren değişik tüketici davranışlarına sürüklemektedir. Estetik ameliyatlar başta olmak üzere zayıflama, güzellik ürünleri, vücut geliştirme merkezleri, tekstil ve moda ürünleri bunlardan yaygın olanlarıdır (Canatan, 2011: 309).

Sezgin (2011: 50), bedenin ve aslında genel anlamda sağlığın üzerinde oynanan oyunlara ithafen kâr odaklı tüm iş ve işlemlere “sağlıklı yaşam endüstrisi” adını vermektedir. Ve ona göre, sağlıklı yaşam endüstrisi tarafından tüm bedenler; “kontROLSÜZ”, “KÖTÜ” ve “utanç duyulması gereken” bedenler olarak algılanmakta ve görünüş bu bağlamda büyük önem taşımaktadır. Ve sonuç itibarıyla “hayatta kalma” arzusu beden denetimini kolaylaştırmaktadır (Sezgin, 2011: 54). Bu amaç dâhilinde beden ve sağlık hakkındaki uzman tavsiyeleri de artık yadsınamayacak derecede artmıştır (Burry, 1997: 196).

Beden denetimleri sağlık, form, zindelik, yaşlanma karşıtlığı gibi terimlerle resmen meşrulaştırılmaktadır (Eren, 2007: 34). “Yüzey bağlamında öne çıkarılan cilt; nemli, parlak, düz, gergin ve taze olmalıdır. Ancak daha sıkı, yeni doğmuş gibi yumuşak, çizgilerden arınmış ve çok daha pürüzsüz bir cilt kabul edilebilir hale getirilmektedir” (Eren, 2007: 101). İnce, genç, seksi ve bakımlı olmak bugün adeta bir kimlik haline gelmiştir (Ersöz, 2010: 47).

Beden denetimleri genel olarak “kadın bedeni” temalı yapılmaktadır. Çünkü kadınlar hem beden güzelliğine ve fitliğine daha düşkün hem de dışarıdan bedenlerine dair gelen fikirlere de daha açıktır. Ersöz’e (2010: 50) göre “anoraksiya nevroza” yani “sıfır beden hastalığı” bugün kadınlarda oldukça sık rastlanan bir rahatsızlığa dönüşmüştür.

Yukarıda sayılan ve özellikle kadın bedenlerine yönelik olarak uygulanan beden denetimleri (bazıları hâlâ farketmese de) kadınlara faydadan çok zarar getirmektedir.

Güzel’e (2013: 90-95) göre; kadınlar resmen güzellik dayatmaları karşısında nesneleşmekte, hiçleşmekte ve ikincileşmektedirler. Bunun için de toplum bazlı kadınlık bilinci oluşturulmalı ve bu bilinç toplumsal duyarlılık taşımalıdır. Kadınlar, sevgili, eş ve de anne olmaktan ayrı görevlerinin de olduğu bilinmeli, hayat boyu eğitim, ekonomik özgürlük, düşünme, sorgulama ve üretme gibi faaliyetlerin kadınlar için de olduğu göz ardı edilmemelidir. Sadece dış görünüş değil, akıl, zeka ve entelektüel özelliklerle bütüncül kadın örnekleri medyada daha çok yer almalıdır.

1.5.1. Kozmetikleştirme

Toplumda hemen herkes için çok önemli olan sağlık konusu metalaştırılarak tekrar bireye sunulmaktadır. Bu sunum “sağlıklı yaşam endüstrisi”nin etkisiyle gün geçtikçe artmaktadır. Sağlığın mühim bir konu olması ve de sağlığı kaybetmeme adına her şeye katlanması, sağlığın tıbbileştirilmesinde kolaylıklar sağlamaktadır. Tıbbileştirmenin genişlemesini destekleyen yollar ise git gide farklılaştırılmaktadır. Örneğin; bireyler tek tipleştirilmekte, yani standartlaştırılmaktadır. Ayrıca, beden denetimlerini içeren kozmetiğin tıbbileştirilmesi de buna örnek oluşturmaktadır (Sezgin, 2011: 58-59). Kozmetik ile bireyler vücutlarından haberdar edilmekte, bununla da kalmayıp tek tip beden oluşturma adına kişilerin neler yapmaları gerektiği de öğretilmektedir. Böylelikle kişiler yaşı ile orantılı oluşan vücut sarkmalarını, yaşlanmayı ve bununla beraber birçok değişikliği artık anormal olarak algılamakta ve tüm sağlıklı ve normal seyreden bu değişikliklerden kurtulmak istemektedirler.

Genel anlamda estetik ve kozmetik alanında yapılan müdahalelerin tıbbi ortamlarda, tıbbi bilgisi olan kişilerce ve de tıbbi cihazlarla yapılması buna ek olarak kozmetik ürünlerinin eczanelerde de satılması “medikal estetik hekimliği” gibi tıp literatüründe yeni bir kavramın oluşmasını sağlamıştır. Yani, estetik ve kozmetik endişeler ve girişimler tıbbileştirilmekte tıp da kozmetikleştirilmektedir (Sezgin, 2011: 74).

Bugün, cildin sağlıklı, güzel, pürüzsüz ve bakımlı görünmesi kozmetiklerle sağlanmaktadır (Karaduman, 2003: 10). Hâlihazırda kozmetik kullanımının amacı da vücudun ya da vücudun bir bölümünün temizlenip güzelleştirilmesi ve cazip hale getirilerek farklı bir görünüm kazandırılmasıdır (Çomoğlu, 2012). Çok çeşitli etkileri nedeniyle de modern toplumların vazgeçilmezi olan kozmetikler, çoğunlukla kadınları hedef almaktadır (Kocaöz ve Eroğlu, 2014). Örneğin, kadınlarda görülen ve tıbbileştirmenin baskısında kalan bir alan da yüz ve vücuttaki kırıksıklıkların giderilmesidir. Güzellik merkezlerine giderek işlem yaptıran “müşteriler” “hasta” kategorisine girmektedirler. Ve kırıksıklıklar gerçekten yok edilmesi gereken çok önemli bir sağlık sorunu olarak görülmektedir (Sezgin, 2011, 74).

Tıbbileştirmenin önemli ölçüde etkisinde olduğu kozmetik sektörü, görüldüğü gibi oldukça ilerlemiş ve kontrol edilmesi neredeyse mümkün olmayan bir alana dönüşmüştür. Özellikle kadınları hedefine alan sektör, sağlık üzerinde de bir o kadar etkilidir. Kitle iletişim araçlarının yardımıyla toplumun tüm kesimine ulaşp reklam yapabilmekte, sağlıklı bireylere “sağsız ve gereksiz bir sağlık” vaat etmektedir. Toplumdaki bilgi ve bilinç eksikliği de sektörün görünmeyen yüzlerini daha da azmettirmektedir. Bunun için toplum bazlı çalışmalar yapılmalı ve halk yediden yetmişe bilgilendirilmeli, bilinçlendirilmeli ve bir şekilde farkındalık oluşturulmalıdır.

1.5.2. Yaşlanmayı Geciktirme (Anti-Aging)

Yaşlanma, yaşam sürecinin son basamağı olarak tanımlanmaktadır. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda, yaşlanma sürecini; yaşam biçimi, beslenme, kronik hastalıklar, çevresel ve kalıtsal etkenler ve de psiko-sosyal özelliklerin etkilediği ortaya çıkarılmıştır (Durgun ve Tümerdem, 1999: 116).

Değişen dünya düzeniyle birlikte artık yaşlanmanın da sınırlarının değiştiği görülmektedir. Yaşlanma, daha önceleri kanıksanan bir gerçek olsa da artık kabul edilmemekte ve yaşlanmaya karşı geliştirilen farklı yollarla bu gerçek değiştirilmeye çalışılmaktadır. Yaşlanmanın ertelenebileceğinin ve hatta ortadan kaldırılabilirliğinin mümkün olduğu savunulsa da aslında gerçek değişmeyecek sadece kanan ve kandırılan insan sayısı artmış olacaktır. Yaşlanmamanın sağlanabileceğini(!) savunan düşüncelerin birkaç örneğini aşağıda görmekteyiz.

Yaşlanma metabolizma, hasar (kalıcı rahatsızlık) ve patolojiden oluşan üç aşamalı bir süreçtir. Bu üç süreç müdahaleler yoluyla tekrar dizayn edilebilir/düzeltiler. Vücutta biriken hasar; patoloji ve metabolizma arasındaki bağın kesilmesiyle ortadan kaldırılabilir. Böylece potansiyel yaşlanma süreci belirsiz bir zamana ertelenebilir (De Grey et al., 2002). Vincent (2006: 689-691), yaşlılığı ertelemekten ziyade tamamen ortadan kaldırmanın dört yolunun olduğunu söylemektedir. Bunlar;

- Belirtilerin azaltılması,
- Yaşamdan beklentiyi artırma,
- Ömrü uzatma,
- Yaşlanmayı ortadan kaldırmadır.

Yaratılış gereği mümkün olmayan “genç kalma” ve “yaşlanmama” günümüzde farklı kozmetiklerle ya da ameliyatlara mümkün hale getirilebileceği izlenimi oluşturulmaktadır (Sezgin, 2011: 22). Bu izlenim ise zamanla ümide dönüşmekte ve kişiler yaşlanma faktörüne karşı bir inançla hemen her türlü yolu denemektedirler.

“Geriye yaşlanma” yani anti-aging bilim insanlarının, insanların yaşam süresini yüz yaşın üstüne çıkarma amacıyla ortaya çıkmıştır. Tabii ki yaşamı uzayacak kişilerin hem sağlıklı hem de aktif olması amaçlanmıştır. Örneğin Türkiye’de 1960’lı yıllarda 49 olan ortalama yaş sınırı, 2000’li yıllarda 69’u geçmiştir. Yani, geçen son 40 yılda ömrümüzün 20 yıl daha uzadığı söylenebilir.

Doğanın değişmez bir kanunu olan “İnsanlar doğar, büyür, yaşlanır ve ölürlər” kuralına müdahalede bulunmak aslında imkânsız bir tabu olarak kabul edilse de son zamanlarda bunun aksini düşünen bilim insanları yaşlanmayı yavaşlatıcı arayışları yani “anti-aging” kavramını gündeme getirmeye başlamışlardır (<http://www.turgutgoksoy.com/>).

Medyanın çok büyük etkisinin olduğu anti-aging alanı “yeni ve etkili” şekilde tanıtılmakta olan ürün ve uygulamaların artışına sebep olmuştur. Böylelikle “yaşlanmanın geciktirilmesi” ve “genç görünüm” gibi kavramlar da git gide günlük hayatta yerlerini almaktadır. Çünkü günümüz tıbbı; kilolu olmaya, yaşlı ve çirkin görünmeye ve ölene dek kel yaşamaya karşıdır (Sezgin, 2011: 22-23). Bunun için de kişiler yaşlılıktan, çirkinlikten ve kelliğten olabildiğince hızlı bir şekilde uzaklaşmak için çabalamakta ve modern dünyaya uyum sağlamaktadırlar. Tabii ki bu uyumun fayda/zarar oranı da bir o kadar belirsizdir.

Son zamanlarda çok konuşulan zengin içerikli antioksidan beslenme tarzı, yaşam kalitesini arttırmaktadır. Fakat ortalama yaşam süresinde bir değişiklik olmamaktadır. Sağlıklı beslenme, sonuç olarak “sağlıklı yaşlanmak” için önemli hale gelmektedir (Korkmaz ve Topal, 2006: 314). Bununla birlikte, “yaşlanmayı geciktirin”, “tepeden tırnağa gençlik için”, “8 anti-aging tüyosu”, “yıllara meydan okumak isteyenler için beslenme kılavuzu” gibi yazı ve listeler de medyada, gazete ve dergilerde yaşlanmayı geciktirme reklamlarıyla birlikte artış göstermektedir (Sezgin, 2015: 170).

Bedenin zehirlerden arındırılması (detoks tedavisi), vitamin- mineral destekleri, antioksidanlar, hormonlar, hayata pozitif bakabilmeyi öğretmek, spa-kaplıca, kozmetik destek (cilt ve yüz bakımı), estetik cerrahi yardımlar da yaşlanmayı geciktirme kapsamındaki bazı uygulamaların arasındadır (Göksoy, 2011).

Görüldüğü gibi tıbbileştirme faaliyetlerinden biri olarak kabul edilmekte olan yaşlanmayı geciktirme uygulamaları “yaşlanma karşıtı” uygulamalar olarak halka ve özellikle de kadınlara sunulmaktadır ve bu uygulamaların tanıtımını genel olarak medya organları üstlenmektedir.

1.6. MEDYA VE SAĞLIK

Medya, sürekli olarak gelişen ve kendini yenileyen bir olgu olarak modern toplumun asli öğelerinden biridir (Çakır, 2013: 7). Örnekleme, bilgilendirme, yönlendirme gibi farklı fonksiyonlarla geçerli dönemsel normların yerleşmesi ve yaygınlaştırılmasında çok önemli bir güç unsurudur (Nazlı, 2008: 512).

Baudrillard, günümüz iletişim dünyasına, medyanın eski üretim ve tüketim şekillerinin etki ettiğini/ yön verdiğini belirtmektedir. Artık bugünün medyasına “yeni bir çağ” gözüyle bakmak mümkündür (Sarup, 1997: 233).

Günümüzde medyanın ve bilgi teknolojilerinin etkinliği artmıştır. Üstüne üstlük, modern tıba kuşkuyla yaklaşan ve hekim otoritesini sorgulayan postmodern bir sağlık kültürü oluşmuştur (Adaş, 2013: 216). Artık, “markalaşma” faaliyetleriyle tüketicilere farklı vaatler sunulmaktadır. Bu vaatler sağlık için de yapılmakta ve sağlık ticari bir metaya dönüştürülmektedir. Türkiye’de sağlık vaadi sunan reklamlar artmakta ve sağlık alanındaki halkın farkındalığı arttırılmaya çalışılmaktadır (Öztürk ve Öymen, 2013: 360). Medyada verilen mesajlar dâhilinde bir beden estetiği, bakımı ve temizliğiyle tam bir bütün oluşturması beklenmektedir (Demez, 2012: 530).

Kitle iletişim araçları vasıtasıyla toplumun tüm kesimlerine hızla ulaşabilmekte, yazılı ve görsel tanıtımlarla reklamı yapılan ürünler ve onlara atfedilen anlamlarla birlikte, ifade ettiği yaşam tarzları da bireylere pazarlanmaktadır. Pazarlanan ürünlerin temsil ettiği değerler nedeniyle, bunlara herkesin sahip olması gerektiğinin, ancak o zaman toplumda bir statü edinebileceğinin ve mutlu olunabileceğinin mesajı verilmektedir (Bozbek, 2014: 12). Sezgin’e (2011, 16) göre “*sağlığını nasıl yönetmesi gerektiğini “bilmeyen” bireye, medya aracılığıyla neler yapacağı ve satın alacağı, her geçen gün artan oranda söylenir hale gelmiştir*”.

İnsanların en zayıf oldukları alanlar olan beslenme, güzellik ve yaşlılık gibi konular medyada çok yoğun bir şekilde yer almaktadır. Bu da kapitalizmin insan bedeni üzerindeki emellerine örnek teşkil etmektedir. Özellikle kadın bedeni üzerindeki yoğunlaşmalar kadın bedeninin tüketim nesnesi olarak algılanmasına sebep olmaktadır.

Çünkü güzellik, estetik ve beslenme gibi etkin konular çoğunlukla kadınları ilgilendirmektedir (Nazlı, 2008: 518).

“Angelina Jolie dudakları” gibi medyada sıkça yer alan tanınmış şahsiyetlerin başından geçen operasyonlar tanıtılmakta ve izleyicilerin de ilgisini çekerek yaptırma isteklerini medya yoluyla sağlamaktadırlar (Sezgin, 2011: 74). Hem yazılı hem de görsel medya üzerinden beden imajını güzelleştirmek için satılan ürün veya hizmet için “önceki- sonraki hali” başlıklı fotoğraflar kullanılmaktadır.

Örnek kişinin önceki halini yansıtan fotoğraf çoğunlukla duygusuz ve makyajsız bir yüz, zevksiz kıyafetler ve bakımsız saçlarla resmedilir. “Sonraki hal” fotoğraflarında ise kişi; dik duruşlu, uyumlu seçilmiş kıyafetler, makyajlı ve mutlu bir yüz ifadesiyle resmedilir. Bu türden karşılaştırmaların amacı ise; izleyicilerde, “ben niçin böyle olamayayım?” düşüncesini yerleştirmektir (Canatan, 2011: 319-320). Çünkü bu şekilde kişiler uzaktan da olsa büyük oranda etkilenmekte ve etki altına alınmaktadır.

Televizyondaki tıp programlarının kadınlar üzerindeki etkisini değerlendiren Kaya (2011: 142), “Doktorum” programının her gün ayrı bir hastalığı değerlendirdiğini ve hitabını sürekli olarak kadınlara yönelttiğini belirtmektedir. Bu durum kadınlarda programa göre hareket etme azmini geliştirmektedir. Özetle, “sağlıklı bedenin inşası” oluşabilecek hastalıkları önlemede kadınlara seslenmekte ve onlardan medet ummaktadır.

Yukarıda ifade edilen ve kadınların tıbbileştirme aracı haline gelmesine katkı sağlayan medya ve medya unsurları etki alanını her geçen gün daha da arttırarak ilerlemektedir. Medya, sağlığı ve sağlıklı yaşamı bahane ederek kendini güncellemekte ve piyasadaki tıbbileştirmenin paydaşlarına destek sağlamaktadır. Bu şekliyle; toplum etki altına alınmakta, sıradan mal ve hizmetlerle birlikte artık “sağlık” da bir o kadar kolay pazarlanabilmektedir.

1.7. BİYOTERÖRİZM

“Biyoterörizm mikroorganizmaların ve mikrobiyal, bitkisel veya hayvansal kökenli toksinlerin insan, hayvan ve bitkilerde hastalık oluşturmak ve ölüme neden olarak toplumda panik ve afet oluşturmak amacıyla kasıtlı kullanımudur” (Kılıç, 2006: 1). Biyoterörizm, oldukça geniş spektrumludur. Günümüzde zehirleyici, kayıplar oluşturabilen ve de ölümlere yol açabilen bir etki oluşturabilmektedir (Dolev, 2002: 343). Biyolojik silahlar kapsamındaki kitle imha silahları da, eskiye nazaran daha kolay edinilebilmekte, oluşturdukları hastalık ve ölüm oranları da gün geçtikçe artmaktadır (Kılıç, 2006: 2).

1. ve 2. Dünya Savaşı'nın ardından geliştirilen aşılar; bulaşıcı hastalıkların ve bazı hastalıkların önüne geçebilmiştir. Fakat aşılardaki toksinler (zehir) sakat kalmaya ve ölüme sebebiyet vermiştir. Yani aşılar neredeyse “biyolojik silah” olarak kullanılmıştır (Tokalak, 2010: 293).

Son zamanlarda ortaya çıkan ülkeler arası tüketim yarışı ülkelerin birbirleri arasındaki çekişmelere sebebiyet vermektedir. Bu çekişmeler de biyolojik saldırılara ortam hazırlamaktadır. Örneğin son yıllarda görülen ve halen görülmekte olan kene, kuş gribi, domuz gribi, ebola ve zika virüsü gibi vakalar biyolojik saldırılara örnek teşkil etmektedir.

Kırım kongo kanamalı ateşi (KKKA); Hyalomma Marginatum kenesi ve larvalarında saptanan bir virüstür. KKKA, kenelerin insanlardan kanı emmesi esnasında bulaşmaktadır (Akın, 2008: 135). Virüs hızla yayılmış ve tamamen olmasa da çoğu insanın hayatına mâl olmuştur.

Kuş gribi (Tavuk vebası) virüsünün bulaşmasında göçmen kuşlar etkin rol oynamıştır. Yayılması ise hayvandan hayvana geçerek gerçekleşmektedir. Ölümcül sonuçlar doğuran bu virüs, 1918-1919 yıllarında yaşanan dünya çapındaki salgında neredeyse 40 milyona yakın insanı yaşamından etmiştir. Tabii ki dünya genelinde büyük ekonomik kayıplara da sebep olmuştur (Tayar, 2004).

Domuz gribi; memelileri ve kuşları etkilemekte ve diğer salgınlar gibi vücutta ateş, baş ağrısı, boğaz ağrısı ve öksürük gibi belirtileri bulunmaktadır. Ölüme yol açabilen salgın hastalık, ciddi ekonomik kayıplara da sebep olmaktadır (Şanlı, 2010). Virüse karşı geliştirilen aşılar hükümetlerce onay almış ve bunun için de büyük harcamalar yapılmıştır.

2009 Nisan'ında piyasaya çıkan domuz gribine karşı aynı yılın Ekim ayında bazı aşı üreticileri aşıları hazır hale getirmişlerdir. Halk paniğe sokulmuş ve aşılar için tüm ülkeler sıraya dizilmiştir. Tabii ki tam olarak denetime girmemiş aşılar dünyanın dört bir tarafına, milyonlarca dolara satılmıştır (Tokalak, 2010: 323).

Elbe ve arkadaşlarına (2015: 268) göre biyoterörizm için kullanılan çoğu hastalık doğal ortamlarda ortaya çıkmaz. Ya da sadece az miktarda oluşur ki bu da zaten büyük klinik denemeler yapmaya yeterli değildir. Tokalak'a (2010: 324-325) göre de; esasında domuz gribi adından anlaşılabacağı şekilde domuzdan insana bulaşan bir virüs değildir. Aksine laboratuvarlarda insan eliyle oluşturulup diğer insanlara nakledilmektedir. Yapılan çoğu araştırmalar göstermiştir ki virüs, doğal ortamdan değil laboratuvar ortamından çıkma bir virüstür.

Ebola, ilk olarak 1976'da Ebola Nehri yakınlarında (Demokratik Kongo Cumhuriyeti) görülmüştür. O zamandan beri de Afrika boyunca salgınlar ortaya çıkmıştır (Centers for Disease Control and Prevention, 2016). Virüs, hayvanların (goril, antilop, meyve yarasası vb.) organ, kan ve vücut sıvılarının insanlara enjekte edilmesiyle bulaşmaktadır. Hastalığın belirlenmiş, özgün bir tedavisi ise henüz bulunmamaktadır (Ebola Virüs Hastalığı Vaka Yönetim Rehberi, 2016: 7-10).

Zika virüsü, flavivirüs grubundan bir RNA virüsüdür. İnsanlara Aedes cinsi sivrisineklerin sokmasıyla bulaşmaktadır (Zika Virüs Hastalığı Bilgilendirme ve Vaka Yönetim Rehberi, 2016: 6). Zika, bulaştığı kişilerde mikrosefali ve nörolojik bozukluklar meydana getirmektedir. Ve ilk kez bu anormallikler Afrika'da tespit edilmiştir (WHO, 2016).

Yukarıda sayılan ve genel anlamda ölüme sebep olan salgın hastalıklar, virüs yoluyla ve farklı araçlarla insanları hedef almaktadır. Tokalak'ın (2010: 323) da dediği gibi kamuoyuna ayrıntılı olarak resmedilmeyen bu virüslerin neye ve hangi amaca hizmet ettiği de belirlenememektedir.

Daha fazla para kazanma ve kâr yapmanın vazgeçilmez cazibesi karşısında insanlar neredeyse kobay haline dönüştürülmüş, toplumlar bir nevi uzun yaşayan hastalar haline gelmiştir. Bu gerçekler çerçevesinde aşılardan gittikçe daha tehlikeli bir biyolojik silah olma potansiyeline sahip olduğunu fark etmemiz gerekmektedir (Tokalak, 2010: 366).

Biyoterörizm diğer ülkeler gibi Türkiye için de kaçınılmaz bir gerçektir (Serinken ve Kutlu, 2009: 190). Her ne kadar biyolojik saldırılarla karşı karşıya kalmamız düşük bir ihtimal gibi görünse de anlaşmazlıkların ve çatışmaların arttığı günümüzde bu tür saldırılara hazırlıklı olmamız gerekmektedir (Pınar, 2010: 103). Çünkü biyoterörizm ve biyolojik silahlanma insanlığa zararlı olabileceği şekilde kullanılmaktadır. Şöyle ki; ülkelere yapılan biyolojik saldırılar, bulaşıcı hastalıklarla, sakatlıklarla, yaralanmayla ve de ölümlerle sonuçlanabilmektedir. Bu ise açıkça tıbbın saldırı amaçlı kullanıldığını göstermektedir. Tıbbın her alanda kullanılmasıyla oluşum gösteren tıbbileştirme için de biyoterörizm kaynak oluşturmaktadır.

İKİNCİ BÖLÜM

İLAÇ

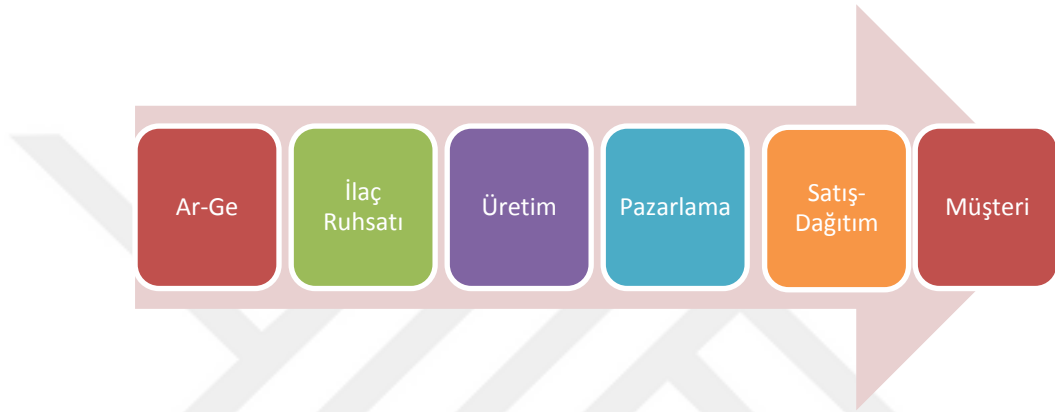
İlaçlar 21. yy öncelerine uzanan, çağdaş ve gelişimsel bir yol izleyen ve diğer tıbbi bakım fonksiyonlarıyla bir arada var olabilen hatta bazen diğer bakım fonksiyonlarıyla yarışabilen öğelerdir (Gabe et al., 2015: 194). Türk Dil Kurumu'na göre ise ilaç; bir hastalığı önlemek veya iyi etmek amacıyla farklı yollarla kullanılabilen madde ve devadır (<http://www.tdk.gov.tr/>). İlaçlar, çok genel bir ifadeyle kişilerin “iyi olmak için” basit bir şekilde ulaşabildikleri ve hızlı sonuç alabildikleri bir tedavi yöntemidir, denilebilir.

İlaçların genel olarak bize (kişilere) fayda sağlama rolü oldukça önemlidir (Dew et al., 2015: 279). Öncelikle, ilaçlar “hızlı düzeltici”dirler. Cerrahi müdahalelerin aksine doğrudan ve anında müdahale modelidir. Fakat cerrahi müdahalelerde kişiler belirli bir zaman sonunda sağlıklarına kesin bir şekilde kavuşurken, ilaç ile tedavide bu çok mümkün değildir. Çünkü ilaçlar, hastalar için zorluk ve zaman açısından da süreklilik arz eden bir tedavi şeklidir (Pollock and Jones, 2015: 223). Örneğin; ileri düzey hastalığı olan hastaların artan sayıda ilaç tedavisi almalarına rağmen tedavi beklentilerinin çoğunluğu gerçekleşmemektedir. Özellikle kemoterapi gören hastaların düzelmesi ve eski hayatlarına bir nebze de olsa dönmeleri beklense de aslında hayatta kalma süreleri sürekli olarak kısaltmakta ve hastalardaki yaşam kalitesi düşmektedir. Buna ek olarak tedavi, ağır mali sıkıntılar da oluşturmaktadır (Davis, 2015: 212). Bu açıdan bakıldığında ilaçların aslında olumlu yanlarından ziyade olumsuz yanlarının daha baskın olduğu ileri sürülebilir.

İlaç sektörü, yaşamın son dönemlerinde ortaya çıkan hastalıklardan mağdur olan kişilerin ömrünü kısa sürelerle uzatabilen ilaçları satın almaları konusunda hükümetlere büyük baskılar kurmaktadır. Bununla beraber de ödenebilecek en yüksek fiyatı talep etmektedir (Leys, 2010: 30). Tokalak (2010: 208) dünyadaki ilaç ve sağlık alanındaki yaşananları ve yaşanmakta olanları Rus Ruleti'ne benzetmektedir. Oyunda halkın cebinden ve devletlerin kasasından haksız kazançlar elde edilirken insanlar sağlığını kaybetmekte, ilaç firmaları ise her defasında daha çok kazanmaktadır. Buradan şu sonuç çıkarılabilir: Sektör yüksek fiyat, minimum sağlık üzere çalışmaktadır.

Öyle ki ilaç sektörü bugün, kendi kârını kişilerin sağlığının da ötesine koymakta ve git gide daha çok insanın hayatına kastedecek hamleler yapmaktadır.

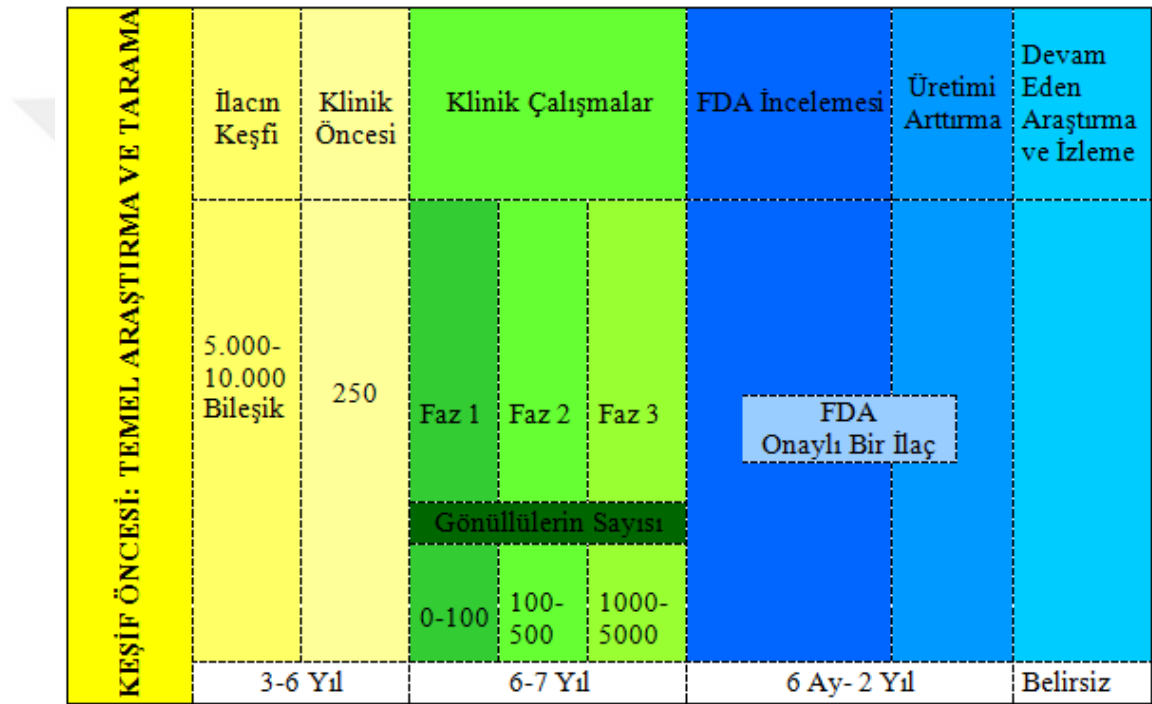
İlaç endüstrisinin, kişileri sağlıksızlaştırma arzusu esasında bir ilacı ilaç haline getirene kadarki geçtikleri basamakların hesabı olarak da görülebilir. Bu basamaklar Şekil 2.1’de daha açık görülebilmektedir.



Şekil 2.1. İlaç Sektörünün Değer Zinciri (Kaynak: Dünyada ve Türkiye’de İlaç Sektörü, 2012: 11)

Şekil 2.1’ de görüleceği gibi bir ilaç müşterilerine yani hastalarına ulaşana kadar çok yol kat etmektedir. Örneğin bir satış- dağıtım basamağı o kadar karmaşık olmayabilir. Fakat bir Ar-Ge basamağı endüstri için hem zaman hem de para kaybettiren ana basamaktır. Yavuz (2013: 47) Ar-Ge’nin önemini şu şekilde belirtmiştir: Dünya genelinde otomotiv sektöründen sonra en yüksek Ar-Ge, biyoteknoloji ve ilaç alanına ayrılmaktadır. İlaç şirketlerinin bazıları cirosunun ¼’ünü, bazıları kârının büyük bir bölümünü Ar-Ge için ayırmaktadırlar. Git gide gelirlerini arttırmakta olan ilaç endüstrisi; OECD ülkelerindeki sağlık harcamaları içerisinde %10 oranında pay almaktadır (Leys, 2010: 28). Endüstri, cirodan; promosyon için %37 pay ayırmakta ve ilaç pazarlaması için de, yeni ilaç keşfi için yaptığı harcamanın 3 katını ayırmaktadır (Küçükusta, 2011: 16).

Tokalak’a (2010: 228) göre, firmalar risk, hata ve tehlike oranı yüksek bir alanda ayakta kalmaya çalışmaktadırlar. Öyle ki ilaç firmalarının yeni ilaç üretmeleri, uzun deneylerden oldukça zor ve pahalı süreçlerden geçtikten sonra mümkün olabilmektedir. İlaç-ilaç etkileşimlerini ve üretilen ilacın yan etkilerini tam anlamıyla bilebilmek çok da mümkün olmamaktadır. Tabii ki ortaya konulan ilacın onaylatılması da bir o kadar zaman kaybettirebilmektedir. Yani ilaç firmaları; yaptıkları- yapacakları iş için çok büyük bir zaman ve para yatırımında bulunmaktadırlar (Kinch, 2015: 170). Uzun yıllar sonra ortaya çıkan ilacın Ar-Ge süreci de Şekil 2.2’de gösterilmektedir.



Şekil 2.2. İlacın Araştırma Geliştirme (Ar-Ge) Süreci (Kaynak: PhRMA (July), 2013: 32)

Şekil 2.2’de görüldüğü gibi bir ilacın keşfi ve klinik öncesi verileri için en az 3 yıl, klinik denemeler için en az 6 yıl, FDA onayı ve ruhsat için de en az 6 ay beklenmektedir. Özetle, bir ilacın tüm bölümlerden geçerek satışa çıkması en az 9- 10 yıl sürmektedir. Bu süre ise toplamda bir Ar-Ge basamağını temsil etmektedir.

Tüm basamakları teker teker aşarak müşteriye ulaşan ilaçların kullanımını etkileyen bazı önemli aktörler (ilaç endüstrisi, hekimler, halk ve hükümetler ve sigorta şirketleri) bulunmaktadır. Bu etkiler kısaca anlatılacaktır.

Hekimler: Endüstrinin büyüyen baskıları; hekimlere yardım sağlamada ve uygulamada reçetelendirmeye özendirilmektedir (Busfield, 2010: 937). Bundaki amaç şu şekilde değerlendirilebilir: Hastalar kendi sağlık problemleri için daima bir hekime yani sağlık alanında sınırsız bilgiye sahip olan uzmanlara başvururlar. Ve hekimin her dediğini yapmaya da elverişlidirler. Buradan yola çıkarak, ilaç endüstrisinin de savunmasız olan halka karşı hekimleri kullanarak asıl amacı olan “üretilen her ilacın alıcı bulması ve sınırsız kâr” durumu sağlanmış olacaktır. Bu durumun bir örneğini de Charty ve arkadaşları (2000: 40) vermiştir. Şöyle ki; hekimlerin çoğu ilaç temsilcilerinin tavsiyeleri üzerine reçetelendirme yapabilmektedirler. Bunun için ilaç şirketleri hekimlere sponsorluklarda bulunabilmektedir. Bu destekleri geri çevirmeyen birçok hekim ise Yavuz’a (2013: 55) göre ilaç şirketlerinde ücretli olarak çalışan işçilere benzemektedir.

Halk: İlaç sistemleri/rejimleri halkı etkilemektedir. Etkilenen halkta da ilaç kullanımı genellikle yüksek olmaktadır (Busfield, 2010: 939-940). Buradan hareketle halkın sindirilmeye çalışıldığı söylenebilir. Kendi rahatsızlığına karşı en ufak bir fikri olmayan halk, hekime güvenmekte ve kendini ona emanet etmektedir. Fakat cebinden bazen gerekli olsa da çoğu zaman gereksizce çıkan paranın aslında sağlığıyla oynadığını bilmemektedir.

Hükümetler ve Sigorta Şirketleri: Hükümet, ülkenin sağlık hizmetlerinin karakterleri üzerinde kilit noktadır. Kamu ve özel sağlık sektörünün kapsamı üzerinde politikalar yapar ve refahın sağlanması için düzenlemeler yapar, kararlar alır. Sağlık hizmetlerinin yöntemlerini içeren planlamalar yapar ve yatırım kararları alır (Busfield, 2010: 939). Fakat bazen bu plan ve kararlar pazarlığa dönüşebilmektedir. Örneğin Goldacre (2016: 238) bunu şu şekilde anlatmaktadır.

“Dünyanın hemen bütün gelişmiş ülkelerinde ilaç tedavi erişim noktasında ücretsizdir ve vergilerle finanse edilir. Toplumun bakış açısıyla bütün bu süreç basit bir pazarlık olarak görülebilir. Şöyle ki: “ilaç tedavisine erişimi ücretsiz sağlıyoruz, buna karşılık siz de bizim, sizin için en iyisini (en iyi ilacı) bulmamıza yardım edeceksiniz”.

Hükümetler ve sigorta şirketleri ilaçların lisansı ve sağlık finansmanı konularında düzenleyici rol üstlenirler. Bu rolleri sayesinde/aracılığıyla da ilaç endüstrisini kontrol edebilmektedirler. Fakat eskiye nazaran günümüzde hükümetler ve sigorta şirketlerinin endüstri üzerindeki kontrolü azalmıştır. Çünkü artık endüstri ekonomi üzerinde çok daha önemli bir hale gelmeye başlamıştır (Busfield, 2010: 940).

Busfield'den farklı olarak İEİS (İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası) Türkiye'deki 2.403 kişi üzerinde "İlaç Kullanımında Demografik Özellikler" araştırması yaptırmıştır. İEİS'in, ilaç kullanım ve bilinç, kalıtsal hastalıklar ve tedavi yöntemleri üzerine yaptığı bu araştırmada kronik anlamda hastalığı olan ve daimi ilaç kullanan kişi sayısı %10'dur. Yani Türkiye'de her 10 kişiden 1'i sürekli ilaca bağımlı olarak yaşamaktadır (www.ieis.org.tr).

Yine aynı araştırma dahilinde bulunan veriler aşağıdaki gibidir (www.ieis.org.tr);

- Sürekli ilaç kullanımı en çok; tansiyon (%45,6), şeker (%27,8), kalp (%16,6), kolesterol (%9,7) ve mide (%6,8)'dir.
- Sürekli ilaç kullanımı kadınlarda erkeklere göre 2 kat fazladır.
- Sadece kadınlar, kansızlık sebebiyle sürekli ilaç kullanmaktadırlar.
- Romatizmadan sürekli ilaç kullanan erkekler kadınlardan 3 kat daha fazladır.
- Psikolojik rahatsızlığı nedeniyle kadınlar erkeklere göre 3 kat daha fazla sürekli ilaç kullanmaktadırlar.
- Kalp rahatsızlığı yüzünden sürekli ilaç kullanan erkeklerde, kadınlardan 2 kat daha fazladır.
- Yaş aralığına göre sürekli ilaç kullanımında; 30-34 yaş aralığında yaklaşık %5 iken, 35-44 yaş aralığında %8,7, 45- 54 yaş aralığında %17,3, 55-65 yaş aralığında bu oran %28,8'lere ulaşmaktadır.
- Şikayeti/rahatsızlığı geçtiği an ilaç kullanmayı bitiren kişilerde oran %27,3'tür.
- Türkiye'de her 10 kişiden 6'sı doktor önermediği halde ilaç kullanmaktadır.
- %45,7 yani kişilerin yarıya yakını ise memnun kaldığı ilaçları başkalarına tavsiye etmektedir.

- Türkiye’de en sık görülen ilk 5 kronik hastalık ise şunlardır. 1. tansiyon (%28,4), 2. şeker (%15), 3. kalp (%9,8), 4. romatizma (%6,8), 5. astım (%5,5).
- Araştırma sonuçlarına göre ailesinde kronik hastalığı olduğunu belirtenlerin oranı %47’dir.
- Ülke genelinde en çok şikâyet edilen rahatsızlık (%34,7) migren/baş ağrısıdır.
- Tedavi amaçlı olarak %19,3’lük kesim geleneksel yöntemleri tercih etmektedir. Örneğin; şifalı otlar (%54,6), bitki çayları (%30,7), kırıkçı- çıkıkçılar (%16) oranındadır.

ABD’de ise durum daha farklıdır. Şöyle ki; ABD’de yapılan bir çalışmada hastaların %70’i bitkisel ilaç kullanmakta ve bunu hekimine ya da diğer sağlık çalışanlarına söylememektedir. Çünkü bireyler bitkisel ilacı ilaç olarak görmemektedirler (Yeşilada, 2002: 223).

Görüldüğü üzere; başlangıçta dertlere deva olarak bin bir zahmetle üretilen ilaç maalesef bugün başladığı zamanki amacından sapma eğilimindedir. Öyle ki artık sektörü daha da genişlemiş ve hastayı sağlığına kavuşturmak bir yana, farklı türdeki hastalıkları da beraberinde getirmeye başlamıştır. Yeni getirilen hastalıklara derman aramak için hekime giden hastalar ise, daha fazla sayıda ve çeşitlilikte ilaçla evlerine dönmektedir. Dahası sektör, paydaşları dışında herkesi hedefine almakta ve sürekli kazanç için hedefindekileri sağlıksız bırakmaktadır. Hedefin büyük bir kısmını oluşturan ve sağlığıyla oynandığının büyük oranlarda farkında olmayan halk ise cebindeki parayla sağlığına kavuşmayı ümit ederken, farkında olmasa da sektörün aç gözünü doyurmaya çalışmaktadır.

2.1. İLAÇ ŞİRKETLERİ

Yeni ihtiyaçlar ve giderek büyüyen pazar ilaç firmalarını harekete geçirmiştir. Şirketler, ilaç üretim hakkı satın alarak kitlesel üretimi gerçekleştirmişlerdir. Önceleri küçük bir eczanede doğal maddelerden kendileri ilaç yaparak satmaya çalışan eczacılar, kitlesel üretimden sonra “hazır ilaçların” hastalara ulaşması için çalışmaya başlamışlardır. Bu süreç, yani ilaçların kitlesel üretimi, şirketlerin bünyesine girmesi ve pazarlanması “ilacın endüstriyelmesi”ni sağlamıştır (Yavuz, 2013: 44-45).

Endüstriyelleyen ilaç, firmaların kontrolünde tutulmakta ve onların inisiyatifine bırakılmaktadır. Hâl böyle olunca ister hasta ister sağlıklı olsun herkes endüstrinin eline bakmaktadır. Burada da konu dâhilinde ele alınan ilaç firmalarının kısa da olsa tanıtımları yapılmış, konuyla ilişkili birtakım verilerine ulaşılmaya çalışılmıştır. Firma seçmemizdeki amaç; firmaların birinin yerli diğerinin de yabancı kaynaklı olmasıdır. Bunun için, son zamanlarda Türkiye bazındaki en yüksek ciroya sahip olan Abdi İbrahim ve kimya firması olarak başlayan ve globalleşen Bayer firması ele alınmıştır. Genel anlamda ilaç bilgisi edinebilmek için; kuruluşlar, amaçları, ilaç harici geliştirdikleri ürünler, faaliyet raporları, Ar-Ge’de ilaç, ilaç satış gelirleri ve yeni hedefler ele alınmıştır.

2.1.1. Abdi İbrahim İlaç Firması

İlk faaliyet, 1912’de eczacı Abdi İbrahim Bey’in küçük eczanesinde başlamıştır ve o günden bu yana Türk ilaç sanayisinde etkinlik göstermektedir. İlaç sanayi üzerine çalışan Abdi İbrahim, dünyadaki en çok kullanılan 10 ilacın 7’sinin biyolojik ilaç olması sebebiyle Ocak 2017’de faaliyete geçirmeyi planladığı AbdiBio’yu kurmak için harekete geçmiştir (<http://www.abdiibrahim.com.tr/>).

Kurumsal değerleri; girişimcilik ve yenilikçilik, güvenilirlik, kalite odaklılık, müşteri odaklılık, başarıma azmi ve çevreye saygı olan Abdi İbrahim, Türkiye’nin akredite olmuş ilk ve en büyük Ar-Ge merkezine sahiptir. Üstelik 2003’ten bu yana da Türkiye’de pazar lideridir. Hedefi; ilaç sektöründe hızlı büyüyen küresel bir oyuncu olmanın yanında aynı zamanda Türkiye’deki liderliğini de korumaktır (<http://www.abdiibrahim.com.tr/>).

Şirket, 2015 yılında 195 milyon kutu ilaç üretimi yapmış ve genelde %20 büyüme sağlayarak 1 milyar TL ciroya ulaşmıştır (Capital, 2016: 89-90).

Şirketin 2016 hedefleri ise şunlardır (Capital, 2016: 91);

- Ar-Ge yetkinliğini arttırmak,
- Özellikle biyoteknoloji alanında yüksek katma değerli ürünler üretmek,
- Ulusal pazarda %15, uluslararası pazarda ise %50 büyümeye sağlamak,
- İhracatta da 100 milyon dolar elde etmek.

2.1.2. Bayer İlaç Firması

1863 yılında Friedrich Bayer ve boyacı arkadaşının bir araya gelmesiyle ilk ortaklık kurulmuştur. Fakat kimya firması olarak Bayer 1881-1914 yılları arasında faaliyete geçmiştir. Yani 150 yılı aşkın bir süredir Bayer etkinliğini korumaktadır. “Daha İyi Bir Yaşam İçin Bilim” sloganıyla Bayer; insan, bitki ve hayvan sağlığı odaklı çalışan ve bünyesinde yüksek teknolojiyi barındıran tek global şirkettir. Ve 2014 yılı sonunda dünya çapında 8300 adet buluşun da patentine sahip olmuştur (www.bayer.com.tr).

Bayer Değerleri “LIFE” olarak kısaltılmıştır (www.bayer.com.tr). Bunlar; liderlik (leadership), doğruluk (integrity), esneklik (flexibility) ve verimlilik (efficiency).

Şirketin sağlık bakım ve farmasötikler bazındaki Ar-Ge harcamaları ve satışlar Tablo 2.1’de gösterilmektedir;

Tablo 2.1. Sağlık Bakım ve Farmasötikler Bazındaki Ar-Ge Harcamaları ve Satışlar

Ar-Ge Harcamaları	2014	2015
Sağlık Bakım (Health Care)	2,264 milyon €	2,834 milyon €
Farmasötikler (Pharmaceuticals)	1,878 milyon €	2,333 milyon €
Satışlar		
Sağlık Bakım (Health Care)	19,075 milyon €	22,874 milyon €
Farmasötikler (Pharmaceuticals)	12,052 milyon €	13,745 milyon €

Kaynak: Bayer Annual Report, 2015: 63-151

Şirketin ilaca dayalı hedefleri; son zamanlarda üretilen ürünlerin satışını arttırmaktır. Ayrıca 2016 yılı toplamdaki €4,5 milyon bütçenin; %58'i farmasötiklere, sadece %6'sı da tüketici sağlığına ayrılmıştır (Bayer Annual Report, 2015: 212-213).

Kısaca bilgileri verilen iki ilaç firması da kendisini ayakta tutmak ve firmanın devamlılığını sağlamak için Ar-Ge yatırımları yapmakta ve uluslararası pazarda belirli oranlarda pay elde etmeye çalışmaktadır. Tabii ki bugünün trendi olarak bakılan ve her çeşidiyle kazanç sağlanmaya çalışılan farmasötikler daima ön planda tutulmaktadır. Bu, firmaların farmasötiklere ayırdıkları bütçeden de anlaşılabilir. Örneğin Abdülrahim 2015 yılında 195 milyon kutu ilaç satarak gelirlerini artırırken, Bayer aynı yıl farmasötiklerden 5 milyon €'luk satış gerçekleştirmiştir. Buradan şu sonuca ulaşılabilir; her iki ilaç firması da ilaçlara olan yatırımı arttırmak ve daha fazla gelir elde etmek için çalışmıştır ve çalışacaktır.

Günümüzde ilaç kullanımının artması firmaları yönlendirmektedir. Çıkarılan her yeni hastalığa karşı yeni ilaçlar geliştirme potansiyeli de git gide artış göstermektedir. Bu durumu fırsat edinen ya da diğer bir deyişle hastaları hedef kitlesine alan firmalar da haliyle eski yıllarına nazaran ilaçlara ve ilaç üretimine daha çok Ar-Ge payı ayıracaktır. Dışarıdan görüldüğü üzere hiç de etik olmayan bu durum aslında “fırsattan istifade etme” girişimidir, denilebilir.

2.2. İLAÇ ENDÜSTRİSİ

İlaç endüstrisi ve genel olarak tıp, pratik ve sembolik bir araç olarak gördükleri ilacın gücünü vurgulamaktadırlar (Morrison, 2015: 311). Bununla beraber her geçen yıl istikrarlı olarak büyüyen ilaç pazarının değişmeyen tek kuralı şudur; eski ürün yetersiz teknoloji, yeni ve bilhassa pahalı ürün ise mükemmel teknoloji. Sonuç olarak yeniler yüceltilirken, eskiler yerin dibine batırılmaktadır (Üçer, 2013: 68-69). Görülen odur ki, ilaç endüstrisi yıllık ciroları uğruna kendi içinde çok çeşit içeren ilacı adeta elinde maşa olarak tutmaktadır. Bu da kişilerin sağlığında yıllardır hiç dinmeden kanayan bir yara haline gelmiştir.

İlaç firmalarını dünyadaki tüm hastalıkları ortadan kaldıran şirketler olarak görmek gereksiz bir iyi niyetten başkası değildir. Zira 1950'lerden bu yana ilaç şirketleri, antibiyotik ve belli başlı ilaçlar hariç hastalığı tamamen ortadan kaldıran ilaç yapımına girişmemişlerdir. Çünkü öyle bir girişim bile kendilerini piyasadan sildirmek olacaktır. İlaç firmaları hastalıklar ve hastalar yoluyla ayakta durabilirler. Çünkü firmalara daha fazla kazandıran onlardır. Bu yüzden de piyasaya tek ve kesin çözümlü ilaç sürmektense, çok miktarda ve hastalığı kontrol altına alıp yaşam boyu kullanmayı gerektiren ilaçlar sürerler (Tokalak, 2010: 203).

Holmes'e (2012: 1863) göre bu endüstrinin her seferinde farklı stratejiyle çıkardığı yeni iş modellerinden başkası değildir. Bu söylemlerden hareketle, sağlık alanında yapılan ve yapılabilecek olan her türlü olumsuz durumların endüstrinin temel amaçlarından doğan problemler olabileceği göz ardı edilmemelidir.

İlaç endüstrisi, ölümsüz bir hayata yaklaştırmak için kişilere yapıştırdığı hastalığın bir şekilde farkına varılmasını ve endüstrinin yoktan var ettiği dermanlardan yararlanmaya başlanılmasını beklemektedir (Üçer, 2013: 67). Zira insan kullanımı için geliştirilen ilaçlar, ilaç şirketleri için yerine getirilmesi adeta zorunlu kural niteliğindedir (Ewart et al., 2012: 68). Çünkü endüstri kendince, her yeni hastalık için geliştirdiği ilaca yaptığı masrafın kat be kat fazlasını almak zorundadır. Zira bu şekilde tatmin olacaktır.

İlaç şirketlerinin hedefi ömür boyu hasta kazanmak olmasına rağmen bu ve benzeri hedefler günden güne artış göstermektedir. Halkın yanı sıra hekimleri de doğrudan ve dolaylı yollarla birçok ilacı bekleyen topluluğa dahil etmektedirler (Sezgin, 2011, 20; Gabe et al., 2015: 193). Düzenli olarak hastalıkların tanımlandığı ve tartışıldığı tıp kongrelerine yönelen ilaç endüstrisi, hekimleri büyük bir finansman sağlayarak etkisi altına almaktadır. Tabii ki hekimler de ilaç şirketlerinden aldıkları parayla kârlı çıkmış olmaktadırlar (Moynihan ve Cassels, 2010: 13). Bu çirkin anlaşmaların ve yakınlaşmaların önüne geçebilmek için bugünün genç hekimleri etki altına alınmalıdır. Zira Holloway'e (2014: 114) göre ilaç pazarlamasında tıp öğrencilerinin tutum ve yargıları çok önemlidir.

İlaç şirketleri ilacın reklamı için bilhassa hastalıkları kullanmaktadırlar. Şöyle ki; reklam edilen hastalığın ne oranda tehlikeli ve yaygın olduğu, bununla birlikte hastalığın dermanının da olduğu akıllara kazınmaktadır. İlaç şirketlerinin bu yaptığı, açık olmasa da gizli reklam kapsamına girmektedir (Küçükusta, 2011: 17). İlaç firmaları tarafından yapılan bu dolaylı reklam kampanyalarıyla ilaçlar, kazanç haline dönüştürülmektedir (Yeşilada, 2002: 224). Esasında endüstri, elde edebildiği gerçek ya da hayali her kaynaktan değer elde etme peşindedir (Loeppky, 2010: 79). Çünkü ilaç ekonomisinde kâra dayalı çıktı anlayışı hâkimdir (OECD, 2008:198). Bunun için de endüstriye dâhil olmuş tüm firmalar kârlarına aşırı derecede önem vermekte ve her seferinde rakiplerine göre daha fazla kazanmanın yollarını aramaktadırlar.

Applbaum'a (2010: 111) göre ilaç endüstrisindeki rekabet, kişisel bakım ürünleri, kozmetik ve paketli gıda türevi olan "hızlı tüketim mallarındaki" marka rekabetini andırmaktadır. Fayda getirmekten uzak olan yenilikler olarak adlandırılacak reklam rekabetleri maalesef ki ilaç endüstrisinde de görülmektedir. Özünde her bir ilaç firması tüketicinin faydasını değil de markalarının tüketici üzerindeki etkisini diğer bir ifadeyle tüketicinin o markadaki algısını göz önünde bulundurmaktadır.

Firmalar, konunun başında da belirtildiği gibi kazançları uğruna her şeyi yapabilecek potansiyelindedirler. Bu kapsamda hem birbirleriyle rekabette sınır tanımamakta hem de legal ve illegal tüm yollardan kazanç aramaya çalışmaktadırlar. Bu konuyla ilgili Tokalak (2010: 227) şunları belirtmektedir: Dünya genelinde büyük ilaç şirketlerinden olan Pfizer ve diğer firmalar, kanunsuz ilaç promosyonu ve satışları ve de insan sağlığı üzerindeki sömürüleri şeklindeki çeşitli oyunlarla yakalanmış ve büyük cezalar almışlardır. Bunun yanı sıra firmaların promosyon adıyla hekimlerle olan yasadışı ilişkileri de çok nadir mahkemelere taşınmaktadır. Yani ilaç şirketleri bu cezalardan da kaçabilmenin yollarını bulmuşlardır.

İlaç firmalarının yaptığı diğer yanlış da sistematik derleme adı verilen ve tedavi hakkında bilgi veren yazılar dizinidir. Goldacre (2016: 71-96) bunu şu şekilde belirtmektedir: Bir tedavinin etkililiğiyle ilgili kanıtların özetlenmesine “sistematik derleme” adı verilmektedir. Ve bu derlemeler; tedavinin yan etkilerini de içerecek şekilde gerçek etkileri hakkında en iyi açıklamayı verdiği için hayat kurtarıcıdır. Tabii ki bunun için tüm kanıtlara ulaşmak gerekir. Fakat ilaç firmaları bu verileri çok kısıtlı bir şekilde sadece olumlu ve iyileştirici taraflarını gösteren kanıtlar yayınlamaktadırlar. Diğer olumsuz kanıtlar ve değerler için veri istendiğinde ise sürekli olarak geçiştirmekte ve farklı bahaneler ortaya atmaktadırlar. Uzun yıllar peşlerinde koşulduğunda ise kaçırılan eksik veriler dâhilinde “zararlı” olduğu öğrenilen ilaçlar piyasadan yıllar sonra kaldırılabilir.

Görünüşe göre, toplum eliyle kazanç sağlayan endüstri illegal yollarla da olsa kazancını katlamakla meşguldür. Bu yanlışların önüne geçebilmek için halk ve hükümet yetkililerine farkındalık çağrısı yapılabilir ve bir nebze de olsa ilaç pazarının önüne set çekilebilir. Özünde ilaç endüstrisi toplumun sağlığını merkeze alan anlayışla ve de toplumun cebinden çıkan parayla yine toplumun sağlığını bozmak için uğraşmaktadır. Yani toplum, bir nevi sağlığının düzelmesi yönünde yaptığını sandığı harcamalarla aslında kendine yeni hastalıklar bulmaktadır. Endüstrinin ilaç satmak için strateji olarak kullandığı bazı sözde rahatsızlıklar aşağıda verilmiştir.

2.2.1. İlaç Endüstrisinin İlaç Satış Stratejileri

İlaç endüstrisi, ilaç satış stratejisi olarak bazı “sözde” rahatsızlıklar geliştirmiştir. Genel olarak özellikle dikkat çeken bazı rahatsızlıklara aşağıda yer verilmiştir.

- **Hipertansiyon:** Son 50 yılda yüzün üstünde ilacı piyasaya süren modern ilaç sanayi hipertansiyonun ilaçla tedavisinde çok önemli yenilikler yapıldığını söylemektedir. Fakat durum böyleyken, yani oldukça fazla antihipertansif kullanılmasına rağmen bir yandan da tüm dünya genelinde hipertansif hastalarının aşırı derecede arttığı da görülmektedir. Bu görülen tezatlığın içinde ise ilaç sanayi, suçu genellikle hastaların üzerine atarak ilaçların muntazam kullanılmadığından dem vurmaktadır (Aydın, 2013: 36).

- Depresyon: İlaç firmaları; depresyon salgını olduğunu iddia ederek daha fazla antidepresan kullanımını desteklemektedirler (Abraham, 2007: 734). Fakat psikolojik rahatsızlıklardan biri olan depresyon için ilk hedef ilaç kullanmak olmamalıdır. Çünkü antidepresan ilaçları masum ilaçlar kategorisinde değildir. Ölüme ve farklı hastalıklara yol açmaktadır. Türkiye’de antidepresan için yapılan denetimler oldukça azdır. Normal şartlarda bu ilaçların reçete ile satılması gerekirken, ağrı kesici ve vitaminler gibi reçetesiz de satılabilmektedir (Tokalak, 2010: 268).

- Obezite: İlaç endüstrisinin yeni ve uzun süreli paradigması olan obezite karşıtı ilaçlar gün geçtikçe bir salgın halinde yayılmaktadır. Bu da demektir ki; ilaç şirketlerinin bu yeni alanı potansiyel anlamda bir stratejidir (Martin et al., 2015: 66). Üstelik kapitalist sistem kendi eliyle oluşturduğu obez nesillere yine kendi kârlarını gözetken zayıflama ilaçlarını sunmaktadır (Yavuz, 2013: 48).

- Zayıflama İlaçları: Dünya genelinde en çok satılan ve hızlı erişim sağlanabilen zayıflama ilaçları; çok kısa sürede kilo verdirdiği yönünde hipnoz etkisi reklamlarla tanıtılmakta ve yine hekim kontrolü olmadan kullanılabilmektedir. Tabii ki sonucunun olumlu olması beklenirken ilk halden çok daha kötü sonuçlar doğurabilmekte, hatta bazı ilaçlar kimilerine göre öldürücü etki bile oluşturabilmektedir (Tokalak, 2010: 233).

- Vitaminler: Çok sık kullanılsa da kullanıldığı zaman farklı yan etkiler gösteren ilaçlar da vitaminlerdir. Genel olarak kanama, kalp-damar hastalıkları, kanser riski, nefes darlığı, yorgunluk, psikolojik bozukluklar, kalp krizi gibi farklı akut ve kronik hastalıklara sebep olabilmektedirler (Tokalak, 2010: 239-249).

- Dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu: Günümüz şartlarında bir rahatsızlık olarak algılanmaktadır. Fakat ilaç endüstrisi için kâr marjını yükseltebileceği ilaçların pazarlanmasında etkin rolü üstlenmektedir (Conrad and Bergey, 2014: 36). DEHB (Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu) büyük oranda hekim müdahalesi gerektiren bir rahatsızlıktır. Ve hâlihazırda birçok hekim de rahatlıkla ilaç reçete etmektedir. Fakat bu rahatsızlığın diğer bir ayağı da öğretmenlerdir. Çünkü özünde öğrencinin/ bireyin eğitim performansını olumsuz yönde etkiler. Bu yönüyle öğretmenlere öğrencideki rahatsızlık ve tedavisi üzerine büyük bir rol düşmektedir.

DEHB'nin tedavisinde öğretmenler ilaç şirketleri tarafından “hastalık tedavi komisyoncusu” gibi hareket ettirilmektedir. Yani, öğretmenler hastalığın tedavisi için ilaç şirketlerinin arzuları doğrultusunda hareket ederek aslında farkında olmadan maşa olarak kullanılmaktadırlar (Philips, 2006: 0433).

- **Anksiyete Bozukluğu:** İlaç firmalarının hastalık pazarını hareketlendirmek için ilaç satış stratejisi olarak “anksiyete bozukluğu” adı altında hastalık türetilmektedir (Abraham, 2010: 604). Hâlihazırda bu hastalığa yakalananlar da asosyal, sosyofobi ve özgüven eksikliğine bağlı sıkıntıları olan kişiler olarak etiketlenmektedir. Ardından da o hastalığa sahip kişilere antidepresanlar verilmekte ve kişiler yıllarca aslında çok da masum olmayan bir ilacı, olmayan hastalıklarına karşı kullanılmaktadırlar.

Sayılan hastalık türleri, anlaşılacağı gibi firmaların ve genel olarak endüstrinin odaklandığı birer kâr stratejisidir. Bunlar gibi çok fazla strateji barındıran endüstriye karşı Camargo (2013: 845) şu şekilde uyarmaktadır: İlaç şirketlerinin ve endüstrinin tüketiciler olarak adlandırdıkları hastalara yani bize karşı ezici tutumlarına karşı direnilmelidir. Yoksa süreçlerin devam etmesi demek “tüketici pazarında” esir olarak daha çok yıllar geçecek demektir.

2.3. İLAÇ VE HASTALIK TÛCCARLIĞI

İnsanoğlu baştan beri hayalindekilere ulaşma umuduyla yaşamıştır ve yaşamaktadır. Hayalindeki şeyleri yapmak ya da satın almak için de azmedip uğraşmayı öğrenmiştir. Örneğin, bir ilaç için bile başkalarının müdahalesi dışında hareket etmek, bedeni konusunda kendisi karar vermek ister. Ancak bu şekilde özgür olduğunu ve kendisi üzerinde söz hakkının olduğunu kabul edebilir. Farmasötik istila da kişiyi kendi kendine ya da başkalarının zoruyla illa ki ilaç alımına itmektedir. Tabii ki bu durum kişinin bedenini koruma amaçlı çıktığı yolda, beden sağlığını tehlikeye attığının bir göstergesidir (Illich, 2011: 54).

Günümüzde uluslararası alandaki ilaç şirketlerinin pazarlama stratejileri, acımasız bir şekilde sağlıklı insanları hedef almaktadır. Örneğin, gündelik yaşamın zorlukları karşısındaki durumlar sinir rahatsızlığı, genel şikâyetler de ileri düzey hastalıklara dönüşen durumlar olarak tanımlanmaya başlamıştır.

Görüldüğü gibi git gide sağlıklı insanlar hasta edilmeye çalışılmaktadır. Artık ilaç endüstrisi, hayat kurtarma ve acıları azaltma fonksiyonlarıyla sadece hastalara ilaç satmakla tatmin olmamaktadır (Moynihan ve Cassels, 2010: 9). İnsanların herhangi bir rahatsızlığı yokken de hasta kategorisine konulabilmektedirler (Illich, 2011: 62). Çünkü hasta insanların yanında, sağlıklı insanlara da hasta oldukları söylenirse daha çok kâr edeceklerdir (Moynihan ve Cassels, 2010: 10).

Toplumda hasta ve sağlıklı tüm bireyler ilaç kullanımına itilmekte ve bu sayede ilaç kullanımı yaygınlaştırılmaktadır. Bazı tecrübeli klinisyenler aşağı yukarı 20 tane ilacın toplam nüfusun hemen hemen tamamına yeteceği görüşünü savunmaktadırlar (Illich, 2011: 53).

Fakat 2012 verilerine göre Türkiye’de 3100 çeşit ilaç üretilmekte ve bu ilaçlar hastanın yaşına ve hastalığın gidişatına göre belirli doz ve şekillerde hazırlandığında sayı 7200 civarında olmaktadır (Dünyada ve Türkiye’de İlaç Sektörü, 2012: 48). Görüldüğü gibi ilaçlar, aslında üretilmesi gereken ilaç miktarının 360 katı farklı isim ve şekillerde eczanelerden edinilebilmektedir.

Bugün postmodern dönemde kişiler herhangi bir rahatsızlık durumlarında rahat bir şekilde eczaneden istedikleri ilaca ulaşabilmektedirler. Bu rahatlık elbette her zaman ılımlı ve olumlu sonuçlar doğurmayacaktır. Öyle ki “Dünyada ve Türkiye’de İlaç Sektörü” (2012: 19) adlı çalışmaya göre ABD ilaç sektöründe serbest piyasa ekonomisi, hastaların ilaç seçmesi ve de en önemlisi devlet kontrolünün olmaması firmaların reklam özgürlüğünü ortaya çıkarmıştır. Sektör, reklamlar sayesinde bugün dünya pazarının %50’sini oluşturmaktadır. ABD bazlı ele alınan reklam özgürlüğü Türkiye’de de çok farklı değildir. Artık firmalar pazarlama mantalitesinde bir hayli yol kat etmiş görünmektedir. Pazarlama adına geliştirilen stratejiler ise toplumu oldukça etkilemektedir. Moynihan ve Cassels (2010: 10) bu durumun görünen yönlerini şöyle dile getirmektedirler: Küçük sorunlar ciddi problemler gibi gösterilmekte, özelden genele gündelik, sıradan üstelik kendi halinde düzelebilecek sorunlar devasa, çözülmesi gereken ve hayati hastalıklar gibi sunulmaktadır. Ve gün geçtikçe büyüyen bu algı, milyonlarca insanın potansiyel hasta pazarı olarak görülmesine neden olmaktadır. Bu pazar ise, ilaç endüstrisinin promosyon bütçelerinin temel hedefi durumundadır.

İlaç kullanımı temelde 2 süreci tetiklemektedir. İlki, tıbbileştirme (medikalizasyon) ya da bazı yazarların söylemiyle “hastalık tacirliği”dir. Bu kapsamda önceden tıbbi bir vaka olarak algılanmayan şeyler, işlev bozukluğu veya hastalık kategorilerine konulmaktadır ve böylece tıbbi açıdan tedavi kapsamına alınmaktadır (Applbaum, 2010: 101). İkincisi de Joao Biehl ve arkadaşlarının (Akt. Applbaum, 2010: 101) ilaca yöneltme olarak tanımladıkları Farmasötikalizasyon’dur. Sağlık hizmetlerini yönetenler ve bireyler hafif rahatsızlıkların büyük bir kısmında bile hemen ilaç kullanımına yöneltilmektedirler. İlaça yöneltmenin stratejik açıdan uygulanması kısmında ilaç şirketleri ürünlerini tamamlayıcı olarak değil de diğer tedavilere rakip olarak çıkartmaktadırlar. Stratejik bazda yapılan tıbbileştirme ve farmasötikalizasyon sağlığın metalaştırılmasındaki iki ana unsur olarak değerlendirilmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

FARMASÖTİKALİZASYON

Farmasötikalizasyon, bilim ve teknoloji çalışmalarından meydana gelen, içerisinde oldukça verimli ve çok sayıda boyut ve dinamik barındıran kompleks bir süreçtir. Bu süreç kimya tabanlı teknolojinin merkeze alındığı farmasötik ürünlerin keşfi, geliştirilmesi, ticarileştirilmesi, kullanımı ve yönetilmesini gerektirir (Williams et al., 2011: 711).

Postmodern teoriğin merceğinde olan farmasötikalizasyon 21. yy kavramıdır. Farmasötikalizasyon gelişmiş toplumların gelişmemiş toplumlar üzerindeki güç gelişimini görünür kılmıştır. Yani gelişmiş toplumların bir stratejisi olmuştur, denilebilir. Farmasötikalizasyon insanları bireysel veya topluluk olarak ilgi alanlarını yönlendiren ve başarıyla sonuçlandırabilen bir stratejidir (Bell and Figert, 2012: 782). Bu stratejiyi Williams ve arkadaşları (2011: 711) genel olarak şu şekilde tanımlamaktadırlar: Farmasötikalizasyon insan şartlarının/durumlarının değişimi ya da dönüşümünün sağlanması için ilaç müdahalesinin fırsata dönüştürülmesidir.

Sosyolojik olarak farmasötikalizasyon, toplumlarda en iyi “ilaç rejimi”ni oluşturmaktadır. Bu rejimin ilaçların gelişimi, satışı ve kullanımı açısından üç özelliği vardır: Bilim ve tıbbın yakın ilişkide bulunması, bilime dayalı ilaç endüstrisinin hakimiyeti ve ilacın gelişimi, üretimi ve satışı sürecindeki düzenleme kapsamında olan devlet kurumlarının merkez rolü (Gabe et al., 2015: 197). Sayılan özellikler dışında Abraham (2010: 603) da farmasötikalizasyonu anlayabilmek için beş temel faktörü bir araya getirmiştir:

1. Biyomedikaller,
2. Medikalizasyon,
3. İlaç endüstrisi tanıtım ve pazarlama,
4. Tüketimcilik,
5. Düzenleyici devlet ideolojisi veya politikalar.

Farmasötikalizasyon, tıbbileştirmeyi kapsamakta yani içine almaktadır (Williams et al., 2011: 711). İsimleri her ne kadar farklı da olsa aslında farklı dillerden benzer amaçlara hizmet etmekte oldukları söylenebilir.

Örneğin Abraham (2010: 605) farmasötikalizasyon ve medikalizasyon hakkındaki sosyolojik tartışmaların temel olarak şu konular üzerinde döndüğünü söylemektedir; ilaçlarla ilgili yaşam tarzları ya da psiko-sosyal durumlar, cinsel aktivite, uyku bozuklukları, sosyal anksiyete, hiperaktivite, dikkat problemleri ve depresyon.

Her ne kadar medikalizasyon bilimsel ve de popüler kayıtlarda yaygın bulunsa da farmasötikalizasyon konusu hâlâ başlıca aranılan bilimsel terimlerdenidir. Örneğin; 17 Haziran 2011’de yapılan bir araştırmaya göre Google, Web of Science ve Academic Search Premiere üzerinden medikalizasyon ile ilgili daha çok veriye ulaşılmıştır (Bell and Figert, 2012: 776).

Şu zamana kadar kimse sürekli olarak bireyler ve toplum için geniş farmasötikalizasyon sürecini keşfetmeye/araştırmaya çalışmamıştır. Fakat son zamanlarda toplumda hızlı bir şekilde ilerlemiştir. Bununla beraber ilaç pazarları daha da genişlemiştir. Yeni tanımlanan medikal durumlar ve tedavi yöntemleri yeni ilaçlarla birlikte yeni pazarlar oluşturmuştur (Gabe et al., 2015: 193-194).

Gabe ve arkadaşları (Gabe et al., 2015: 194) farmasötikalizasyonun farklı boyutlarını görebilmek için beş ana tema oluşturmuşlardır. Bunlar;

1. İlaçlar için pazarlar,
2. Düzenleyici kurumlar ve devlet,
3. Hastalar, tüketiciler ve yaşam tarzları,
4. Tedaviden iyileştirmeye: tıbbi olmayan amaçlar için ilaçların kullanımı,
5. Üretim aşamasında ilacın geleceği’dir.

1. İlaçlar İçin Pazarlar: Farmasötikalizasyon gereksiz yapılan tedaviler ve konulamayan hastalık tanımları için farklı yollar araştırılmasını engellemektedir. Özellikle tıbbın antibiyotikler, antidepresanlar ve antihipertansifler gibi aşırı kullanılan ilaçları için farmasötikalizasyon, dikkat gerektiren bir konudur (Gabe et al., 2015: 194).

Farmasötikalizasyon kendi gelişim amaçları için sağlıklı insanlar arasında dahi tıbbi olmayan ilaç kullanımlarını arttırmaya çalışmaktadır. İlaçların kullanımını yeniden kalkındırmaya dair girişimleri anlayabilmek ve endüstriyi hafife almamak gerekmektedir.

Örneğin tıp mesleğinin kontrolü dışında oluşturulan yeni ilaç piyasaları ile tüketiciler arasındaki doğrudan ilişkili hareketler son zamanlarda git gide artmaktadır. Bu artış ve ilerlemeler farmasötikalizasyonun iyi işlemesiyle potansiyel bir tüketimciliğin de artmakta olduğunu göstermektedir (Williams et al., 2011: 719).

2. Düzenleyici Kurumlar ve Devlet: İlaç endüstrisi ve düzenleyici kurumlar arasındaki ilişki değişmiştir. Bu değişimin üç ögesi vardır. İlki reformlardır. Endüstri üzerindeki düzenleyici kurumların bağımlılığı artmış, uygulamadaki engeller azalmıştır. İkincisi yeni politiklardır. İlaçta yeniliği destekleyen düzenleyici kurumların rolü artmıştır. Üçüncü öge küreselleşmedir. Gelişmiş dünyada ilaç endüstrisinin çıkarlarına dayalı yönetim modelleri oluşturulmuştur (Williams et al., 2011: 714). Farmasötikal araştırmaların yoğunluğu küresel anlamda artmıştır. Bunun sonucunda kâr yükselmiş ve bu döngüye Sariola ve arkadaşları “büyük farmasötikalizasyon” demiştir. Büyük farmasötikalizasyon, uluslararası ilaç firmalarının pazar paylarını arttırırken, bir yandan da yerel yönetmelikleri (kanunları) de gücünü kullanarak kendi çıkarları doğrultusunda yeniden oluşturmaktadır. Hükümetlerin çalışmaları ise, ilaç düzenlemelerinde geleneksel sınırların çok ötesindedir. Hükümetler yeni çıkan ilaçların onayını kolaylaştırmakta ve onayı olmayan ilaçları da kullanmaktadırlar. Klinik alanlar dışındaki ilaç tüketimi için yeni rotaları da oluşturmakta ve kurmaktadırlar. Farmasötikalizasyon sürecinin gidişatını ve adım adım ilerleyen yoğunluğunu ve gücünü hükümetler sezebilmektedirler (Gabe et al., 2015: 195). Buradan şu sonuca varılmaktadır ki, hükümet bile isteye kendi ülkesindeki vatandaşları tehlikeye atmaktadır.

3. Hastalar, Tüketiciler ve Yaşam Tarzları: İlaçların ilk göz önünde tutulan sosyal ve sembolik anlamları ve günlük yaşamdaki idaresi önemsenmektedir. Öyle ki ilaçlar hakkında genel olarak dikkat çekilen şey hasta gruplarının verdiği tepkilerdir. Hastaların yeni ilaçlar karşısında farmasötikalizasyon yanlısı tavır sergileyip sergilemediği dengesi ölçülmektedir. Sonuç olarak hastaların (tüketicilerin) özellikle yeni ilaca olan eğilimi saptanmakta ve ilaç yönetimi bu şekilde sağlanmış olmaktadır (Gabe et al., 2015: 195).

4. Tedaviden İyileştirmeye: Tıbbi Olmayan Amaçlar İçin İlaçların Kullanımı: Farmasötikalizasyon, tıbbi ilaçların insanlar tarafından tıp dışı kullanılmasını ister (Morrison, 2015: 305). Temel bağlam sağlıklı insanlar arasında da ilaç kullanımının arttırılmasıdır. Sağlıklı, hatta “çok daha iyi” olmanın sağlanması istenmektedir (Gabe et al., 2015: 196).

Tıp dışı amaçlar için ilaç kullanımı ve yeni tüketici pazarlarının oluşumu desteklenmekte, tıbbi uğraşların üstelik şimdi kozmetik cerrahi ve geliştirme amaçlı (örneğin insan büyüme hormonu gibi) bazı reçeteli ilaçların kullanımı da dahil olmak üzere geliştirme ve değiştirme birçok formlarda yer almaktadır (Williams et al., 2011: 718).

5. Üretim Aşamasında İlacın Geleceği: Williams ve arkadaşlarına (2011: 720) göre, geleceğin farmasötikalizasyonu insan sağlığının iyileştirilmesinin en iyi yolu olarak yeni ilaçlar için yeni yatırım aramalarında bulunacaktır. Araştırmalar da göstermektedir ki yeni çıkan her ilaç ya da ilaçlar, kişilerin hastalıkların üstesinden gelmedeki umudunu uyandırmaktadır. Kişilerde süren ilaç tedavileri umut ve güven duygularını sürdürmektedir. Bu da farmasötikalizasyondaki beklentileri şekillendirmektedir. Farmasötikalizasyonun güven ve umut boyutunun hastalarda nasıl savunmasızlık hissi oluşturduğu da ayrıca gözlenmektedir (Gabe et al., 2015: 196). Yani, kişiler adeta birer kobay olarak görülmekte ve ilaçların egemenlik sürdüğü bir labirentte hareketleri sürekli olarak izlenmektedir.

Görünen odur ki, sağlık çok da sağlıklı olmayan yollara sürüklenmektedir. Bir yandan yeni ilaçlar için yeni hastalıklar geliştirilmekte bir yandan da geliştirilen ilaçların adam akıllı pazarlanması ve kişilerin beyninde yer edebilmesi sağlanmaktadır. Bunun önüne geçebilmek artık zor olsa da Fisher ve arkadaşları (2015: 322), farmasötikalizasyonun literatürdeki gelişimi için; ilaçlar hakkındaki bilginin arttırılmasını ve çalışmaların çoğaltılmasını gerekli görmektedir. Böylelikle toplumdaki farmasötikallerin önemi de artmış olacaktır. Bu sayede belki de topluma kullandıkları ya da kullanacakları ilaçlara karşı daha temkinli yaklaşımları sağlanabilecektir.



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4.1. GEREÇ VE YÖNTEM

4.1.1. Amaç ve Önem

Bugün, sağlığa etki eden modern ve postmodern dönemler ile sağlık adeta bir “meta” haline gelmiştir. Kapitalizmin de etkisiyle sağlık, alınır-satılır hale getirilirken ilaç devleri de bu durumdan fayda sağlamak için birbirleriyle kıyasıya yarışmaktadır. Maalesef ki bu yarış insan sağlığıyla oynamakta, hastalıklara karşı binlerce ilaç peşi sıra piyasada yerini almaktadır. Fayda sağlama boyutunun altında illa ki yan etkileri de barındıran ilaçların, toplumsal ilişkileri de oldukça kuvvetli olmakta ve ilaç sağlığın vazgeçilmez bir unsur olmasının gölgesinde hüküm sürmektedir. Bugün toplum adeta ilaçlarla içli dışlı hale gelmektedir/getirilmektedir.

Bu araştırmada, toplumun ilaçlarla ne düzeyde içli dışlı olduğunu ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu amaç kapsamında nicel olarak halkın bilinci değerlendirilmiş, nitel olarak da sağlık alanında çalışan kişilerin bu konudaki görüş ve önerileri alınmıştır.

4.1.2. Araştırmanın Metodolojisi

Sosyal bilimlerde nicel ve nitel araştırmaların gelişimi, karma yöntem araştırmalarına yön vermiş, nicel ve nitel yaklaşımların iç içe çalışmasında popülerlik kazandırmıştır. Öyle ki karma yöntemler, araştırma metodolojisinin gelişmesini sağlayan öncül bir basamaktır. Ayrıca karma yöntemler, hem nicel hem nitel araştırmaların ikisinin de gücünden yararlanırlar (Creswell, 2009: 203). Karma yöntem araştırması, nicel ve nitel araştırma kombinasyonundan elde edildiği için nicel veya nitel araştırmalardan tek başına elde edilecek veriden daha fazla veri kazandırır (Creswell, 2009: 203; Gökçek vd., 2013: 437).

Başlangıçtaki araştırma sorusu derinlemesine analiz gerektirdiğinden nicel ve nitel yöntemlerin birlikte kullanılması önem arz etmektedir. Araştırma boyunca, öncelikle halkın genelini (18-80 yaş) kapsayan anketlerle nicel veriler toplanmış, ardından farklı alanlardaki çalışanlarla yapılan görüşmeler ile nitel veriler oluşturulmuştur. 2 farklı yöntemle elde edilen bulgular harmanlanarak birlikte yorumlanmıştır.

4.1.3. Evren ve Örneklem

Bu araştırmanın nicel evrenini Isparta’da yaşayan 18-80 yaş arası kişiler oluşturmaktadır. Araştırmanın evren büyüklüğü 187.374, örneklem ise 384 kişidir. Araştırmanın örnekleme kolayda örneklem seçme yöntemiyle seçilmiştir. Anket uygulamasında orta ve ileri yaş grubu kişilerden gördüğümüz olumsuz tutum ve davranışlardan (tedirginlik, korku ve reddetme) dolayı 300 kişiye ulaşılabilmektedir. Araştırmanın başında %5 hata payı hedeflense de belirtilen sebeplerden dolayı %95 güven aralığında ve %5.65 hata payıyla çalışılmıştır.

Araştırmanın ikinci ayağı olan görüşmenin evrenini de; Isparta il merkezinde farklı alanlarda faaliyet göstermekte olan çalışanlar oluşturmuştur. Söz konusu çalışanlar nicel evrenden bağımsızdır. Nitel araştırma için toplamda 12 kişiye ulaşılmıştır.

4.1.4. Veri Toplama Araçları

Nicel Veri Toplama Aracı Olarak Anket

Veri toplamada, konuyla birebir örtüşebilecek hâlihazırda bir ölçeğe ulaşılamamıştır. Bu yüzden literatür taraması yapılarak ve sağlık yönetimi alanında çalışan öğretim üyeleri ve lisansüstü öğrencilerle tartışılarak soru havuzu oluşturulmuş, sonuçta 18 ana soru çıkartılmıştır.

Araştırmada, birincil veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anketler Isparta il merkezi ve çevresinde yaşayan 18-80 yaş grubu kişilere uygulanmıştır. Anket verileri 2016 yılının Mayıs ile Eylül ayları arasında toplanmıştır. Uygulanan anketlerde ilaçlar ana tema olarak belirlenmiş, genel olarak ilaç bilgisi, ilaç kullanımı, ilaç etkileri, toplumun geleceği açısından ilaçların yeri ve toplumda ilaçla içli dışlı olma durumunun olup olmadığı sorulmuştur.

Nitel Veri Toplama Aracı Olarak Görüşme

Araştırmanın bir diğer veri toplama aracı görüşmedir. Görüşmeler; Isparta il merkezinde görev yapan ve farklı alanlarda çalışan kişiler ile yapılmıştır. Görüşme verileri 2016 yılının Eylül ve Ekim aylarında toplanmıştır.

Görüşme, sıradan sohbetlerin aksine belirli bir araştırma sorusuna odaklanılarak derinlemesine bilgi edinilebilen araştırma yöntemi olarak tanımlanabilir (Rubin and Rubin, 2012: 5; Kuş, 2009: 87).

Görüşme tekniği; değişen şart ve koşullara uyabilme esnekliğine sahip, hemen hemen herkese ve her kesime uygulanıp anında geri bildirim alınabilen, cevaplarda bireyselliğin korunarak derinlemesine bilgi alınabildiği ve de cevaplama oranının yüksek tutulabildiği bir tekniktir (Karasar, 1998: 175).

Görüşmelerin başlangıcında araştırmanın amacı belirtilmiş, gizlilik güvencesi verilerek ses kaydının yapılması için izin istenmiştir. Sağlık çalışanlarına toplamda 4 ana soru sorularak; ilaç kullanımındaki artışın sebepleri, olumlu-olumsuz yan etkileri, toplumun geleceği açısından oluşturduğu tehditler ve ilaçla içli dışlı olma problemine getirilebilecek çözüm önerileri görüşme sorularının başlıcalarını oluşturmuştur. Katılımcılara yöneltilen sorulara verdikleri cevapların doğruyu ve gerçeği yansıttığı varsayılmıştır.

4.1.5. Analiz ve Yöntem

Nicel Verilerin Analizi

Araştırma formları aracılığıyla elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 16.0) programı kullanılarak bilgisayar ortamına aktarılmış ve verilerin analizinde bu programdan faydalanılmıştır. Araştırmada tanımlayıcı bilgiler için yüzde ve frekans hesaplamaları yapılmıştır. Ankette 3 parametre (Hayır-Bazen-Evet) kullanılmış ve elde edilen puanların aritmetik ortalamaları, standart sapmaları analiz edilmiş ve istatistiksel değerlendirmeler bu puan ortalamaları üzerinden yapılmıştır.

Toplumun ne düzeyde ilaçla içli dışlı olduğunu araştıran toplamda 18 sorunun demografik değişkenlere göre karşılaştırılmasında parametrik varsayımlar yerine getirilmediği için iki grubu karşılaştırmada Mann Whitney U Testi (U/Z testi), ikiden fazla grupları karşılaştırmak için Kruskal Wallis Varyans Analizi (X^2 testi) kullanılmıştır. Kruskal Wallis Varyans analizi sonucunda hangi grupların birbirinden farklı olduğunu anlamak için ikili karşılaştırmalar yapılmıştır.

Nitel Verilerin Analizi

Literatür taraması ve yapılan tartışmalardan sonra nicel sorular için olduğu gibi nitel görüşmeler için 4 temel görüşme sorusu oluşturulmuştur. Oluşturulan sorulardan elde edilen veriler dâhilinde de tematik analiz yöntemi kullanılmıştır.

4.2. BULGULAR

Nicel verilerin analizi ile ortaya çıkan bulgular nitel bulgularla desteklenerek yorumlanmıştır. Nitel veri olarak anahtar sözcük/cümleler ile doğrudan alıntılardan yararlanılmıştır. Alıntılar vurgulayıcı olduğu düşünülen ifadelerin aktarılması amacıyla kullanılmıştır. Nicel ve nitel veriler arasında bağlantı kurularak ilgili başlıklarda yorumlamaya gidilmiş, elde edilen bulgular benzer araştırma sonuçları ve literatürdeki kuramsal açıklamalar ile karşılaştırılmıştır (Mıdık, 2012: 68-69).

4.2.1. Nicel Verilere İlişkin Bulgular

4.2.1.1. Demografik Bulgular

Araştırma kapsamındaki 18-80 yaş arası katılımcıların demografik değişkenlere göre dağılımı aşağıdaki Tablo 4.1’de gösterilmiştir.

Tablo 4.1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Yaş (Yıl)		
29 ve altı	147	49,0
30-39	44	14,7
40 +	109	36,3
Cinsiyet		
Kadın	164	54,7
Erkek	136	45,3
Medeni Durum		
Evli	150	50,0
Evli Değil	150	50,0
Öğrenim Durumu		
İlköğretim	91	30,3
Lise	44	14,7
Üniversite	165	55,0
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	99	33,0
Çalışmıyor	201	67,0

İkamet		
İl	179	59,7
İlçe	90	30,0
Köy	31	10,3
Sosyal Güvence		
Var	251	83,7
Yok	49	16,3
Hastalık Durumu		
Var	109	36,3
Yok	191	63,7
Rahatsızlık Türü		
Akut	79	46,7
Kronik	90	53,3
Sürekli İlaç Kullanımı		
Var	91	30,3
Yok	209	69,7
Toplam	300	100,0

Tablo 4.1’de katılımcıların yaş dağılımlarına bakıldığında 300 katılımcının %49.0’ını 29 yaş ve altı, %14.7’sini 30-39 yaş arası ve kalan %36.3’ünü de 40 yaş ve üzeri kişilerin oluşturduğu görülmektedir. Katılımcıların %50.0’si evli, %50.0’si de evli olmayan kişilerden oluşmuştur. Ankete katılanların %54.7’si kadınlardan oluşurken, %45.3’ünü de erkekler oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılanların öğrenim durumları incelendiğinde ise, %30.3’lük kısmı ilköğretim, %14.7’lik kısmı lise ve kalan %55.0’lık kısmı da üniversite düzeyi olduğu görülmektedir. Üniversite düzeyi kişilerin fazlalığı, Isparta’nın hem bir öğrenci şehri olması hem de araştırmanın daha çok üniversiteye yakın araştırma ve uygulama hastanesindeki refakatçilerden ve de günlük hastaneye gelen kişilerden oluşmasından kaynaklanmıştır.

Katılımcıların çalışma durumlarına bakılırsa, %33,0’ı çalışmakta, %67,0’ı ise çalışmamaktadır. Araştırmaya katılanların %59,7’si il merkezinde ikamet ederken, %30,0’ı ilçede ve %10,3’ü de köylerde ikamet etmektedir. Katılımcılara sosyal güvencesi sorulduğunda %83,7’si sosyal güvencesinin olduğunu belirtirken, kalan %16,3’ü sosyal güvencesinin olmadığını belirtmiştir. Ankete katılan kişilerin %36,3’ünün şuan hâlihazırda bir hastalığı varken, %63,7’sinin tanısı konulmuş herhangi bir hastalığı yoktur.

Ankette hasta olduğunu belirten kişiler ise %46,7'si akut rahatsızlığı olduğunu belirtirken, %53,3'ü de rahatsızlığının kronik olduğunu belirtmiştir. Son olarak bu sorudan hareketle kişilerin %30,3'lük kısmı sürekli olarak ilaç kullanırken, %69,7'lik kısım da sürekli olarak ilaç kullanmamaktadır.

4.2.1.2. Katılımcıların İlaçla İçli Dışlı Olma Durumunun Ne Oranda Olduğuna Yönelik Sorulara İlişkin Bulguları

Araştırmaya katılan kişilerin “*toplumun ilaçla ne oranda içli dışlı olduğu*” ile ilgili yöneltilen sorulara verdikleri cevapların Hayır, Bazen, Evet üçlüsündeki frekans ve yüzdeleriyle aritmetik ortalama ve standart sapmaları Tablo 4.2’de gösterilmiştir.

Tablo 4.2. Katılımcıların İlaçla İçli Dışlı Olma Durumuna Yönelik Bulgular

Sorular	Hayır		Bazen		Evet		$\bar{X}$	SS
	f	%	f	%	f	%		
1. Hekimin yazdığı her ilacı kullanır mısınız?	57	19,0	87	29,0	156	52,0	2,33	0,77
2. Hekim tercihinde az ilaç yazan hekim tercih nedeni midir?	94	31,3	88	29,3	118	39,3	2,08	0,83
3. Hekimin yazdığı ilaç hakkında hekimden bilgi ister misiniz?	74	24,7	61	20,3	165	55,0	2,30	0,84
4. Eczaneden ilacı alırken ilaç hakkında bilgi alır mısınız?	63	21,0	65	21,7	172	57,3	2,36	0,80
5. Aldığınız ilacın prospektüsünü okur musunuz?	61	20,3	69	23,0	170	56,7	2,36	0,80
6. İlacınızın fayda/ zarar/ yan etkilerine dikkat eder misiniz?	46	15,3	70	23,3	184	61,3	2,46	0,74
7. Hasta olmadığınız halde (önlem/ korunma amaçlı) ilaç kullanır mısınız?	190	63,3	57	19,0	53	17,7	1,54	0,77
8. Evde bulunsun diye ilaç yazdırır mısınız?	164	54,7	72	24,0	64	21,3	1,67	0,80
9. Başkası adına ilaç yazdırır mısınız?	238	79,3	26	8,7	36	12,0	1,33	0,67
10. Sırf ilaç yazdırmak için hekime başvurduğunuz olur mu?	153	51,0	67	22,3	80	26,7	1,76	0,84
11. Kullanmadığınız halde ilaç bulundurur musunuz?	130	43,3	82	27,3	88	29,3	1,86	0,84
12. Bir yerden bir yere giderken yanınıza ilaç alır mısınız?	76	25,3	84	28,0	140	46,7	2,21	0,82
13. Medyanın ilaç kullanmayı tetiklediğini düşünüyor musunuz?	100	33,3	105	35,0	95	31,7	1,98	0,80
14. İlaç kullanmayı seviyor musunuz?	234	78,0	37	12,3	29	9,7	1,32	0,64
15. İlacın bir rahatsızlığınıza iyi gelirken başka bir rahatsızlığa sebep olabileceğini düşünüyor musunuz?	40	13,3	85	28,3	175	58,3	2,45	0,71
16. Yan etkilerinden yola çıkarak vücudunuzun o ilaca olumsuz tepki verdiğine şahit oldunuz mu?	105	35,0	78	26,0	117	39,0	2,04	0,86

17. Sizce ilaç kullanımı toplumun geleceği için tehdit oluşturuyor mu?	27	9,0	75	25,0	198	66,0	2,57	0,65
18. Çevrenizdekileri düşündüğünüzde ilaçla içli dışlı olduklarını düşünüyor musunuz?	33	11,0	79	26,3	188	62,7	2,52	0,68

Tablo 4.2'ye göre 17, 18, 6 ve 15'inci ifadelerin 3'e yakın olduğu yani bu ifadelere yönelik algının güçlü düzeyde olduğu görülmektedir. 17. soruya verilen cevaplara göre; kişilerin ilaç kullanımının toplumun geleceği için tehdit oluşturduğuna verdikleri cevaplara bakılırsa; tehdit oluşturduğunu söyleyen kişi sayısı (f=198, %66.0) hayır ve bazen diyen kişi sayısına göre fazladır. Yani, ilaç kullanımının toplumun geleceği için tehdit oluşturduğu (2.57) düşünülmektedir. 18. soruda bir önceki soruda olduğu gibi çevresindekilerin ilaçla içli dışlı olduğunu düşünen kişi sayısı (f=188, %62.7) hayır ve bazen diyen kişi sayısına göre fazladır. Bu da, kişilerin çevresindekileri baz aldığı anda ilaçla içli dışlı olduğunu düşündüklerini (2.52) göstermektedir. İlaçlarının fayda/zarar/yan etkilerine dikkat edip etmediklerinin sorulduğu 6. soruda dikkat ettiğini belirten kişi sayısı (f=184, %61.3) diğerlerine göre fazladır. Buradan, ilaçların fayda zarar ve yan etkilerine dikkat edildiği (2.46) görülmektedir. 15. soruda katılımcılara sorulan; ilacın bir rahatsızlığa iyi gelirken başka bir rahatsızlığa sebep olabileceğini düşünüp düşünmedikleri sorusuna evet diyenlerin sayısı (f=175, %58.3) diğerlerine göre fazladır. Yani, ilaçların tedavi etmesi için kullanıldığı hastalıktan başka farklı rahatsızlık da ortaya çıkarabildiği (2.45) düşünülmektedir.

Tablo 4.2'ye göre 14, 9, 7 ve 8'inci ifadelerin 2'den küçük yani 1'e yakın olduğu görülmektedir. Yani, katılımcıların bu sorulara verdikleri genel cevapların "Hayır" olduğu söylenebilir. Örneğin 14. soruda kişilere ilaç kullanmayı sevip sevmedikleri sorulmuş ve alınan cevaplara göre de çoğunluğun sevmediği (f=234, %78.0) görülmüştür. 9. soruda kişilere başkası adına ilaç yazdırıp yazdırmadıkları sorusu yöneltilmiş ve büyük bir çoğunluğun (f=238, %79.3) olumsuz yanıt verdiği belirlenmiştir. Hasta olmadığı halde hastalıklardan korunma amaçlı ilaç kullanıp kullanmadığını sorulduğu 7. soruda kişiler kullanmadıklarını (f=190, %63.3) belirtmişlerdir. Son olarak, evde bulunsun diye ilaç yazdırıp yazdırmadıklarını sorduğumuz 8. soruda da kişiler çoğunluk olarak (f=164, %54.7) yazdırmadıklarını söylemişlerdir.

4.2.1.3. “Hekimin Yazdığı Her İlacı Kullanır mısınız?” Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin birinci soru olan “*Hekimin yazdığı her ilacı kullanır mısınız?*” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.3’te gösterilmektedir.

Tablo 4.3. Katılımcıların Hekimin Yazdığı Her İlacı Kullanıp Kullanmadıklarına Yönelik Sorulan Sorudan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	2,19	0.752	$X^2=12.629$	0.002
30-39	44	2,41	0.787		
40 +	109	2,49	0.777		
Cinsiyet					
Kadın	164	2,26	0.758	Z=-1.997	0.046
Erkek	136	2,41	0.793		
Medeni Durum					
Evli	150	2.39	0.801	Z=-1.619	0.105
Evli Değil	150	2.27	0.750		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	2.62	0.679	$X^2=19.988$	0.000
Lise	44	2.23	0.859		
Üniversite	165	2.20	0.767		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	2.37	0.777	Z=-0.756	0.450
Çalışmıyor	201	2.31	0.777		
İkamet					
İl	179	2.21	0.805	$X^2=11.293$	0.004
İlçe	90	2.53	0.674		
Köy	31	2.45	0.768		
Sosyal Güvence					
Var	251	2.32	0.791	Z=-0.356	0.722
Yok	49	2.39	0.702		
Hastalık Durumu					
Var	109	2.34	0.830	Z=-0.513	0.608
Yok	191	2.32	0.746		
Rahatsızlık Türü					
Akut	79	2.33	0.746	Z=-0.509	0.611
Kronik	90	2.36	0.825		
Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	2.37	0.812	Z=-0.902	0.367
Yok	209	2.31	0.762		

Tablo 4.3'te görüldüğü gibi, araştırmaya katılan kişilerin “*Hekimin yazdığı her ilacı kullanır mısınız?*” sorusundan aldıkları puanlar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında, yaş arttıkça hekimin yazdığı ilaçları kullanma eğiliminin de arttığı görülmektedir ve bu farklılıklar istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($X^2=12.629$, $p=0.002$). Yapılan ileri analizlerde farkın, 29 yaş ve altı grubun diğer iki gruptan (30-39 yaş ve 40 yaş ve üzeri) düşük puan almasından kaynaklandığı anlaşılmıştır. Buradan hareketle, yaşı genç olanların, orta ve ileri yaşlı katılımcılara göre hekimin yazdığı her ilacı kullanma eğilimlerinin daha düşük olduğu söylenebilir.

“*Hekimin yazdığı her ilacı kullanır mısınız?*” sorusundan alınan puanlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadınların puan ortalamalarının 2.26 ve erkeklerin puan ortalamalarının ise 2.41 olduğu görülmekte ve cinsiyetlere göre oluşan bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmaktadır ($Z=-1.997$, $p=0.046$). Bu anlamlı sonuçtan, kadınların erkeklere göre yazılan her ilacı kullanmadıkları görülmektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin ilk sorudan aldıkları puanlar öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde, eğitim düzeyi arttıkça ilaç kullanma eğiliminin ters orantılı olarak azaldığı görülmüştür. Yapılan ileri analizlerde de ilköğretim düzeyindeki kişilerin diğer 2 (lise-üniversite) düzeydeki kişilerden farklı olduğu istatistiksel anlamda da doğrulanmıştır ($X^2=19.988$, $p=0.000$).

Katılımcıların “*Hekimin yazdığı her ilacı kullanır mısınız?*” sorusundan aldıkları puanlar ikamet yerlerine göre karşılaştırıldığında yerleşim yeri ne kadar büyükse ilaç kullanma eğiliminin o kadar düşük olduğu gözlemlenmiştir. İleri testlerde de ilde yaşayan kişilerin ilçede yaşayanlara göre ilaç kullanımının düşük olduğu belirlenmiş ve istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($X^2=11.293$, $p=0.004$).

“*Hekimin yazdığı her ilacı kullanır mısınız?*” sorusuna verilen cevaplar; çalışma durumuna ($Z=-0.756$, $p=0.450$), sosyal güvencenin olup olmasına ($Z=-0.356$, $p=0.722$), medeni durumlarına ($Z=-1.619$, $p=0.105$), hastalık durumlarına ($Z=-0.513$, $p=0.608$), rahatsızlık türüne ($Z=-0.509$, $p=0.611$) ve sürekli ilaç kullanımının olup olmasına ($Z=-0.902$, $p=0.367$) göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemektedir.

4.2.1.4. “Hekim Tercihinde Az İlaç Yazan Hekim Tercih Nedeni midir?” Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin ikinci soru olan “*Hekim tercihinde az ilaç yazan hekim tercih nedeni midir?*” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.4’te gösterilmektedir.

Tablo 4.4. Katılımcıların Hekim Tercihinde Az İlaç Yazan Hekimin Tercih Nedeni Olup Olmadığı Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	1.99	0.840	$X^2= 3.226$	0.199
30-39	44	2,20	0.795		
40 +	109	2,15	0.848		
Cinsiyet					
Kadın	164	2.06	0.841	Z=-0.430	0.667
Erkek	136	2,10	0.837		
Medeni Durum					
Evli	150	2.16	0.812	Z=-1.615	0.106
Evli Değil	150	2.00	0.859		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	2.18	0.851	$X^2= 6.708$	0.035
Lise	44	2.30	0.701		
Üniversite	165	1.97	0.851		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	2.03	0.839	Z=-0.727	0.467
Çalışmıyor	201	2.10	0.839		
İkamet					
İl	179	2.06	0.846	$X^2= 1.591$	0.451
İlçe	90	2.17	0.811		
Köy	31	1.97	0.875		
Sosyal Güvence					
Var	251	2.07	0.836	Z=-0.402	0.687
Yok	49	2.12	0.857		
Hastalık Durumu					
Var	109	2.06	0.815	Z=-0.433	0.665
Yok	191	2.09	0.853		
Rahatsızlık Türü					
Akut	79	2.11	0.877	Z=-0.166	0.868
Kronik	90	2.10	0.822		
Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	2.09	0.825	Z=-0.086	0.931
Yok	209	2.08	0.846		

Tablo 4.4’te görüldüğü gibi, araştırmaya katılan kişilerin “*Hekim tercihinde az ilaç yazan hekim tercih nedeni midir?*” sorusundan aldıkları puanlar öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde eğitim düzeyi en yüksek olan grubun, hekim seçerken az ilaç yazan hekimi tercih etme düzeyi en düşük olarak görülmüştür. Yapılan ileri analizlerde de lise düzeyindeki kişilerin üniversite düzeyindeki kişilerden farklı olduğu istatistiksel anlamda da doğrulanmıştır ($X^2=6.708$, $p=0.035$). Bunun nedeninin, eğitim düzeyinin en yüksek olduğu üniversite düzeyi kişilerde bilinç yüksek olacağından, hekimin az ilaç yazıp yazmaması tercih kararlarında diğerlerine nazaran etkili olmamaktadır, denilebilir.

“*Hekim tercihinde az ilaç yazan hekim tercih nedeni midir?*” sorusuna verilen cevaplar; yaşa ($X^2=3.226$, $p=0.199$), cinsiyete ($Z=-0.430$, $p=0.667$), medeni duruma ($Z=-1.615$, $p=0.106$), çalışma durumuna ($Z=-0.727$, $p=0.467$), ikamet yerine ($X^2=1.591$, $p=0.451$), sosyal güvence durumuna ($Z=-0.402$, $p=0.687$), hastalık durumlarına ($Z=-0.433$, $p=0.665$), rahatsızlık türüne ($Z=-0.166$, $p=0.868$) ve sürekli ilaç kullanımının olup olmasına ($Z=-0.086$, $p=0.931$) göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir.

4.2.1.5. “Hekimin Yazdığı İlaç Hakkında Hekimden Bilgi İster misiniz?” Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin üçüncü soru olan “*Hekimin yazdığı ilaç hakkında hekimden bilgi ister misiniz?*” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.5’te gösterilmektedir.

Tablo 4.5. Katılımcıların Hekimin Yazdığı İlaç Hakkında Hekimden Bilgi İsteyip İstemediği Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	2.36	0.785	$X^2= 7.359$	0.025
30-39	44	2,52	0.792		
40 +	109	2,14	0.907		
Cinsiyet					
Kadın	164	2.38	0.824	$Z=-1.756$	0.079
Erkek	136	2,21	0.856		

Medeni Durum					
Evli	150	2.28	0.898	Z=-0.047	0.963
Evli Değil	150	2.33	0.781		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	2.09	0.915	X ² = 7.742	0.021
Lise	44	2.32	0.857		
Üniversite	165	2.42	0.774		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	2.26	0.876	Z=-0.460	0.646
Çalışmıyor	201	2.32	0.825		
İkamet					
İl	179	2.34	0.829	X ² = 6.743	0.034
İlçe	90	2.37	0.800		
Köy	31	1.90	0.944		
Sosyal Güvence					
Var	251	2.35	0.823	Z=-2.143	0.032
Yok	49	2.06	0.899		
Hastalık Durumu					
Var	109	2.10	0.871	Z=-3.195	0.001
Yok	191	2.42	0.803		
Rahatsızlık Türü					
Akut	79	2.22	0.887	Z=-0.580	0.562
Kronik	90	2.14	0.868		
Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	2.15	0.868	Z=-2.066	0.039
Yok	209	2.37	0.822		

Tablo 4.5'te görüldüğü gibi, araştırmaya katılan kişilerin “*Hekimin yazdığı ilaç hakkında hekimden bilgi ister misiniz?*” sorusundan aldıkları puanlar yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında 40 yaş ve üzeri kişilerin diğer gruplara göre hekimden bilgi alma düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Yapılan ileri analizlerde özellikle 30 ve 39 yaş arası grup ile 40 yaş ve üzeri grupta istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($X^2=7.359$, $p=0.025$).

Araştırmaya katılan kişilerin “*Hekimin yazdığı ilaç hakkında hekimden bilgi ister misiniz?*” sorusundan aldıkları puanlar öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde eğitim düzeyi ne kadar yüksek ise kişilerde hekimden bilgi alma potansiyelinin de arttığı gözlenmektedir. Yapılan ileri analizlerde de ilköğretim düzeyindeki kişilerin üniversite düzeyindeki kişilerden farklı olduğu istatistiksel anlamda da doğrulanmıştır ($X^2=7.742$, $p=0.021$).

Araştırmaya katılan kişilerin “*Hekimin yazdığı ilaç hakkında hekimden bilgi ister misiniz?*” sorusundan aldıkları puanlar sosyal güvencesine göre karşılaştırıldığında sosyal güvencesi olan kişilerde olmayan kişilere göre hekimden bilgi alma durumunun yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum istatistiklere de yansiyarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($Z=-2.143$, $p=0.032$).

Katılımcıların “*Hekimin yazdığı ilaç hakkında hekimden bilgi ister misiniz?*” sorusundan aldıkları puanlar ikamet yerlerine göre karşılaştırıldığında yerleşim yeri küçüldükçe hekimden bilgi alma düzeyi de düşmektedir. Yapılan ileri analizlerde de anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($X^2=6.743$, $p=0.034$). Köyde yaşayan kişiler il ve ilçede yaşayanlara göre ilaç hakkında hekimden bilgi istememektedirler.

“*Hekimin yazdığı ilaç hakkında hekimden bilgi ister misiniz?*” sorusundan alınan puanlar katılımcıların hastalık durumlarına göre karşılaştırıldığında, hastalığı olmayanların hasta olanlara göre hekimden daha çok bilgi aldığı gözlenerek, ikisi arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($Z=-3.195$, $p=0.001$).

Ankete katılanların “*Hekimin yazdığı ilaç hakkında hekimden bilgi ister misiniz?*” sorusundan aldıkları puanlar sürekli ilaç kullanıp kullanmadıklarına göre karşılaştırıldığında sürekli ilaç kullanmayanların kullananlara göre hekimden daha çok bilgi aldığı görülmüş ve ikisi arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($Z=-2.066$, $p=0.039$). Bunun nedeni olarak, sürekli ilaç kullanan bireylerin baştan beri kullandığı ilacı tanımasından dolayı hekimden bilgi almayı gerekli görmemesinden kaynaklandığı söylenebilir.

“*Hekimin yazdığı ilaç hakkında hekimden bilgi ister misiniz?*” sorusuna verilen cevaplar; cinsiyete ($Z=-1.756$, $p=0.079$), medeni duruma ($Z=-0.047$, $p=0.963$), çalışma durumuna ($Z=-0.460$, $p=0.646$) ve rahatsızlık türüne ($Z=-0.580$, $p=0.562$) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

4.2.1.6. “Eczaneden İlacı Alırken İlaç Hakkında Bilgi Alır mısınız? Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin dördüncü soru olan “Eczaneden ilacı alırken ilaç hakkında bilgi alır mısınız?” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.6’da gösterilmektedir.

Tablo 4.6. Katılımcıların Eczaneden İlacı Alırken İlaç Hakkında Bilgi Alıp Almadığı Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	2.44	0.760	$X^2= 3.065$	0.216
30-39	44	2,39	0.813		
40 +	109	2,25	0.862		
Cinsiyet					
Kadın	164	2.28	0.855	$Z=-1.718$	0.086
Erkek	136	2,46	0.739		
Medeni Durum					
Evli	150	2.34	0.842	$Z=-0.254$	0.800
Evli Değil	150	2.39	0.775		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	2.25	0.851	$X^2= 2.275$	0.321
Lise	44	2.39	0.841		
Üniversite	165	2.42	0.774		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	2.40	0.781	$Z=-0.518$	0.605
Çalışmıyor	201	2.34	0.823		
İkamet					
İl	179	2.40	0.790	$X^2= 3.875$	0.144
İlçe	90	2.39	0.789		
Köy	31	2.06	0.929		
Sosyal Güvence					
Var	251	2.43	0.779	$Z=-3.178$	0.001
Yok	49	2.02	0.878		
Hastalık Durumu					
Var	109	2.21	0.861	$Z=-2.372$	0.018
Yok	191	2.45	0.765		
Rahatsızlık Türü					
Akut	79	2.34	0.830	$Z=-1.033$	0.302
Kronik	90	2.21	0.855		
Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	2.24	0.848	$Z=-1.699$	0.089
Yok	209	2.42	0.787		

Tablo 4.6’da görüldüğü gibi, araştırmaya katılan kişilerin “*Eczaneden ilacı alırken ilaç hakkında bilgi alır mısınız?*” sorusundan aldıkları puanlar sosyal güvencesine göre karşılaştırıldığında sosyal güvencesi olan kişilerde olmayan kişilere göre eczaneden bilgi alma durumunun yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum istatistiklere de yansiyarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($Z=-3.178$, $p=0.001$).

“*Eczaneden ilacı alırken ilaç hakkında bilgi alır mısınız?*” sorusundan alınan puanlar katılımcıların hastalık durumlarına göre karşılaştırıldığında, hastalığı olmayanların hasta olanlara göre eczaneden daha çok bilgi aldığı gözlenerek, ikisi arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($Z=-2.372$, $p=0.018$).

“*Eczaneden ilacı alırken ilaç hakkında bilgi alır mısınız?*” sorusuna verilen cevaplar; yaşa ($X^2=3.065$, $p=0.216$), cinsiyete ($Z=-1.718$, $p=0.086$), medeni duruma ($Z=-0.254$, $p=0.800$), öğrenim durumuna ($X^2=2.275$, $p=0.321$), çalışma durumuna ($Z=-0.518$, $p=0.605$), ikamet yerine ($X^2=3.875$, $p=0.144$), rahatsızlık türüne ($Z=-1.033$, $p=0.302$) ve sürekli ilaç kullanımının olup olmamasına ($Z=-1.699$, $p=0.089$) göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir.

4.2.1.7. “Aldığınız İlacın Prospektüsünü Okur musunuz?” Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin beşinci soru olan “*Aldığınız ilacın prospektüsünü okur musunuz?*” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.7’de gösterilmektedir.

Tablo 4.7. Katılımcıların Aldıkları İlacın Prospektüsünü Okuyup Okumadıkları Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\overline{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	2.51	0.715	X ² =10.470	0.005
30-39	44	2,34	0.861		
40 +	109	2,17	0.848		
Cinsiyet					
Kadın	164	2.49	0.747	Z=-2.971	0.003
Erkek	136	2,21	0.838		
Medeni Durum					
Evli	150	2.27	0.851	Z=-1.714	0.086
Evli Değil	150	2.45	0.738		

Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	2.01	0.863	$X^2=24.348$	0.000
Lise	44	2.50	0.731		
Üniversite	165	2.52	0.721		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	2.27	0.843	$Z=-1.278$	0.201
Çalışmıyor	201	2.41	0.776		
İkamet					
İl	179	2.45	0.758	$X^2=17.875$	0.000
İlçe	90	2.39	0.789		
Köy	31	1.77	0.845		
Sosyal Güvence					
Var	251	2.44	0.774	$Z=-3.757$	0.000
Yok	49	1.98	0.829		
Hastalık Durumu					
Var	109	2.17	0.837	$Z=-3.153$	0.002
Yok	191	2.47	0.759		
Rahatsızlık Türü					
Akut	79	2.25	0.839	$Z=-0.374$	0.709
Kronik	90	2.21	0.828		
Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	2.23	0.818	$Z=-2.028$	0.043
Yok	209	2.42	0.787		

Tablo 4.7’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan kişilerin “*Aldığınız ilacın prospektüsünü okur musunuz?*” sorusundan aldıkları puanlar yaşlarına göre karşılaştırıldığında 40 yaş ve üzeri kişilerin diğer gruplara göre prospektüs okuma düzeyinin düşük olduğu görülmektedir. Yapılan ileri analizlerde özellikle 29 ve altı yaş grubu ile 40 yaş ve üzeri grupta istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($X^2=10.470$, $p=0.005$).

Ankete katılanların “*Aldığınız ilacın prospektüsünü okur musunuz?*” sorusundan aldıkları puanlar sürekli ilaç kullanıp kullanmadıklarına göre karşılaştırıldığında sürekli ilaç kullanmayanların kullananlara göre prospektüs okuma düzeyinin yüksek olduğu görülmüş ikisi arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($Z=-2.028$, $p=0.043$).

“Aldığınız ilacın prospektüsünü okur musunuz?” sorusundan alınan puanlar katılımcıların hastalık durumlarına göre karşılaştırıldığında, hastalığı olmayanların hasta olanlara göre prospektüs okuma düzeyinin yüksek olduğu gözlenerek, ikisi arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür ($Z=-3.153$, $p=0.002$).

Araştırmaya katılan kişilerin “Aldığınız ilacın prospektüsünü okur musunuz?” sorusundan aldıkları puanlar sosyal güvencesine göre karşılaştırıldığında sosyal güvencesi olan kişilerde olmayan kişilere göre prospektüs okuma düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum istatistiklere de yansiyarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($Z=-3.757$, $p=0.000$).

Katılımcıların “Aldığınız ilacın prospektüsünü okur musunuz?” sorusundan aldıkları puanlar ikamet yerlerine göre karşılaştırıldığında yerleşim yeri küçüldükçe prospektüs okuma düzeyi de düşmektedir. Yapılan ileri analizlerde de köyde yaşayan kişilerin il ve ilçede yaşayan kişilere göre prospektüs okuma düzeyinin düşük olduğu görülmüştür ($X^2=17.875$, $p=0.000$).

Araştırmaya katılan kişilerin “Aldığınız ilacın prospektüsünü okur musunuz?” sorusundan aldıkları puanlar öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde eğitim düzeyi yükseldikçe kişilerde prospektüs okuma potansiyelinin de arttığı gözlenmektedir. Yapılan ileri analizlerde de ilköğretim düzeyindeki kişilerin diğer 2 (lise-üniversite) düzeydeki kişilerden farklı olduğu istatistiksel anlamda da doğrulanmıştır ($X^2=24.348$, $p=0.000$).

“Aldığınız ilacın prospektüsünü okur musunuz?” sorusundan alınan puanlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadınların prospektüs okuma potansiyelinin erkeklere göre fazla olduğu görülmüş, bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($Z=-2.971$, $p=0.003$).

“Aldığınız ilacın prospektüsünü okur musunuz?” sorusuna verilen cevaplar; medeni durumuna ($Z=-1.714$, $p=0.086$), çalışma durumuna ($Z=-1.278$, $p=0.201$), ve rahatsızlık türüne ($Z=-0.374$, $p=0.709$) göre değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gözlenmemektedir.

4.2.1.8. “İlacınızın Fayda/Zarar/Yan Etkilerine Dikkat Eder misiniz?” Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin altıncı soru olan “İlacınızın fayda/zarar/yan etkilerine dikkat eder misiniz?” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.8’de gösterilmektedir.

Tablo 4.8. Katılımcıların İlacın Fayda/Zarar/Yan Etkilerine Dikkat Edip Etmedikleri Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	2.52	0.686	$X^2= 1.696$	0.428
30-39	44	2,45	0.791		
40 +	109	2,38	0.803		
Cinsiyet					
Kadın	164	2.55	0.703	Z=-2.498	0.013
Erkek	136	2,35	0.783		
Medeni Durum					
Evli	150	2.45	0.782	Z=-0.229	0.819
Evli Değil	150	2.47	0.711		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	2.27	0.817	$X^2=8.147$	0.017
Lise	44	2.61	0.655		
Üniversite	165	2.52	0.712		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	2.36	0.826	Z=-1.209	0.227
Çalışmıyor	201	2.51	0.701		
İkamet					
İl	179	2.51	0.714	$X^2= 1.571$	0.456
İlçe	90	2.39	0.803		
Köy	31	2.39	0.761		
Sosyal Güvence					
Var	251	2.50	0.729	Z=-2.015	0.044
Yok	49	2.27	0.811		
Hastalık Durumu					
Var	109	2.39	0.769	Z=-1.397	0.162
Yok	191	2.50	0.732		
Rahatsızlık Türü					
Akut	79	2.39	0.791	Z=-0.135	0.892
Kronik	90	2.42	0.749		
Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	2.44	0.733	Z=-0.504	0.614
Yok	209	2.47	0.753		

Tablo 4.8’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan kişilerin “İlacınızın fayda/zarar/yan etkilerine dikkat eder misiniz?” sorusundan alınan puanlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında, kadınların erkeklere göre ilaç etkilerine daha çok dikkat ettiği görülmüş, bu farklılık istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($Z=-2.498$, $p=0.013$). Çıkan sonuca göre kadınların erkeklere nazaran bu konuda daha dikkatli olduğu söylenebilir.

Ankete katılan kişilerin “İlacınızın fayda/zarar/yan etkilerine dikkat eder misiniz?” sorusundan aldıkları puanlar öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde eğitim düzeyi en düşük olan ilköğretim seviyesindeki kişilerin ilaç etkilerine daha az dikkat ettiği görülmüştür. Yapılan ileri analizlerde de ilköğretim düzeyindeki kişilerin lise düzeyindeki kişilerden farklı olduğu istatistiksel anlamda da doğrulanmıştır ($X^2=8.147$, $p=0.017$).

Araştırmaya katılan kişilerin “İlacınızın fayda/zarar/yan etkilerine dikkat eder misiniz?” sorusundan aldıkları puanlar sosyal güvencesine göre karşılaştırıldığında sosyal güvencesi olan kişilerde olmayan kişilere göre ilaç etkilerine dikkat etme düzeyinin yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum istatistiklere de yansiyarak anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($Z=-2.015$, $p=0.044$).

“İlacınızın fayda/zarar/yan etkilerine dikkat eder misiniz?” sorusuna verilen cevaplar; yaşa ($X^2=1.696$, $p=0.428$), medeni duruma ($Z=-0.229$, $p=0.819$), çalışma durumuna ($Z=-1.209$, $p=0.227$), ikamet yerine ($X^2=1.571$, $p=0.456$), hastalık durumuna ($Z=-1.397$, $p=0.162$), rahatsızlık türüne ($Z=-0.135$, $p=0.892$) ve sürekli ilaç kullanımının olup olmasına ($Z=-0.504$, $p=0.614$) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

4.2.1.9. “Hasta Olmadığınız Halde (Önlem/Korunma Amaçlı) İlaç Kullanır mısınız?” Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin yedinci soru olan “Hasta olmadığınız halde (önlem/korunma amaçlı) ilaç kullanır mısınız?” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.9’da gösterilmektedir.

Tablo 4.9. Katılımcıların Hasta Olmadıkları Halde (Önlem/Korunma Amaçlı) İlaç Kullanıp Kullanmadıkları Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	1.52	0.743	$X^2= 0.695$	0.706
30-39	44	1.61	0.784		
40 +	109	1.54	0.823		
Cinsiyet					
Kadın	164	1.47	0.738	$Z=-1.802$	0.072
Erkek	136	1.63	0.815		
Medeni Durum					
Evli	150	1.50	0.784	$Z=-1.301$	0.193
Evli Değil	150	1.59	0.770		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	1.64	0.876	$X^2=1.988$	0.370
Lise	44	1.39	0.655		
Üniversite	165	1.53	0.745		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	1.60	0.832	$Z=-0.553$	0.580
Çalışmıyor	201	1.52	0.749		
İkamet					
İl	179	1.65	0.830	$X^2= 8.181$	0.017
İlçe	90	1.38	0.628		
Köy	31	1.39	0.761		
Sosyal Güvence					
Var	251	1.55	0.785	$Z=-0.077$	0.939
Yok	49	1.53	0.739		
Hastalık Durumu					
Var	109	1.65	0.865	$Z= -1.382$	0.167
Yok	191	1.48	0.717		
Rahatsızlık Türü					
Akut	79	1.56	0.764	$Z=-0.711$	0.477
Kronik	90	1.68	0.872		
Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	1.67	0.870	$Z=-1.495$	0.135
Yok	209	1.49	0.728		

Tablo 4.9’da görüldüğü gibi, araştırmaya katılan kişilerin “*Hasta olmadığınız halde (önlem/korunma amaçlı) ilaç kullanır mısınız?*” sorusundan aldıkları puanlar ikamet yerlerine göre karşılaştırıldığında ilde yaşayan kişilerin ilçede yaşayanlara göre önlem-korunma amaçlı ilaç kullanım oranının yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan ileri analizlerde de farkın anlamlı olduğu görülmektedir ($X^2=8.181$, $p=0.017$).

“*Hasta olmadığınız halde (önlem/korunma amaçlı) ilaç kullanır mısınız?*” sorusuna verilen cevaplar; yaşa ($X^2=0.695$, $p=0.706$), cinsiyete ($Z=-1.802$, $p=0.072$), medeni duruma ($Z=-1.301$, $p=0.193$), öğrenim durumuna ($X^2=1.988$, $p=0.370$), çalışma durumuna ($Z=-0.553$, $p=0.580$), sosyal güvencesine ($Z=-0.077$, $p=0.939$), hastalık durumuna ($Z=-1.382$, $p=0.167$), rahatsızlık türüne ($Z=-0.711$, $p=0.477$) ve sürekli ilaç kullanımının olup olmamasına ($Z=-1.495$, $p=0.135$) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

4.2.1.10. “Evde Bulunsun Diye İlaç Yazdırır mısınız?” Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin sekizinci soru olan “*Evde bulunsun diye ilaç yazdırır mısınız?*” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.10’da gösterilmektedir.

Tablo 4.10. Katılımcıların Evde Bulunsun Diye İlaç Yazdırıp Yazdırmadıkları Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	1.58	0.767	$X^2= 3.936$	0.140
30-39	44	1.66	0.805		
40 +	109	1.79	0.851		
Cinsiyet					
Kadın	164	1.62	0.778	$Z=-0.913$	0.361
Erkek	136	1.72	0.841		
Medeni Durum					
Evli	150	1.76	0.833	$Z=-1.996$	0.046
Evli Değil	150	1.57	0.772		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	1.91	0.877	$X^2=11.306$	0.004
Lise	44	1.64	0.810		
Üniversite	165	1.54	0.737		

Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	1.82	0.850	Z=-2.238	0.025
Çalışmıyor	201	1.59	0.776		
İkamet					
İl	179	1.73	0.811	X ² = 3.507	0.173
İlçe	90	1.57	0.808		
Köy	31	1.58	0.765		
Sosyal Güvence					
Var	251	1.69	0.824	Z=-0.890	0.373
Yok	49	1.55	0.709		
Hastalık Durumu					
Var	109	1.90	0.912	Z=-3.303	0.001
Yok	191	1.53	0.709		
Rahatsızlık Türü					
Akut	79	1.59	0.777	Z=-2.144	0.032
Kronik	90	1.90	0.912		
Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	1.91	0.915	Z=-3.060	0.002
Yok	209	1.56	0.732		

Tablo 4.10’da görüldüğü gibi, araştırmaya katılan kişilerin “*Evde bulunsun diye ilaç yazdırır mısınız?*” sorusundan aldıkları puanlar akut ya da kronik rahatsızlıklarına göre karşılaştırıldığında, kronik rahatsızlığı olanların akut rahatsızlığı olanlara göre ilaç yazdırma düzeyi daha yüksektir. İkisi arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (Z=-2.144, p=0.032). Öyle ki çıkan sonuca göre, kronik yani uzun süreli hastalığı olan kişiler uzun süreli de ilaç kullanmaya ve ilaç yazdırmaya meyillidirler, denilebilir.

Ankete katılanların “*Evde bulunsun diye ilaç yazdırır mısınız?*” sorusundan aldıkları puanlar sürekli ilaç kullanıp kullanmadıklarına göre karşılaştırıldığında sürekli ilaç kullananların kullanmayanlara göre ilaç yazdırma oranının yüksek olduğu görülmüş, ikisi arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir fark gözlenmiştir (Z=-3.060, p=0.002). Sürekli ilaç kullanan bireylerin kronik rahatsızlığı olduğu göz önünde bulundurulduğunda, bu kişilerin ilaç yazdırma eğiliminde oldukları sonucuna ulaşılabilir.

“Evde bulunsun diye ilaç yazdırır mısınız?” sorusundan alınan puanlar katılımcıların hastalık durumlarına göre karşılaştırıldığında, hastalığı olanların olmayanlara göre ilaç yazdırma oranının yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($Z=-3.303$, $p=0.001$). Zira belirli bir hastalığı olan kişilerde ilaç bulundurma/ilaç yazdırma eylemi daha yoğundur, diyebiliriz.

“Evde bulunsun diye ilaç yazdırır mısınız?” sorusundan alınan puanlar katılımcıların çalışma durumuna göre karşılaştırıldığında, çalışanların çalışmayanlara göre ilaç yazdırma oranının yüksek olduğu gözlenmektedir. Bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($Z=-2.238$, $p=0.025$). Bu verilere dayanarak, çalışan kişilerde bir rahatsızlığa/hastalığa karşı istirahat etme durumunun olmaması göz önünde bulundurulursa bu kişilerde ilaçlarla kısa vadeli iyileşme sağlamanın etkin olduğu söylenebilir.

Ankete katılan kişilerin “Evde bulunsun diye ilaç yazdırır mısınız?” sorusundan aldıkları puanlar öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde eğitim düzeyi arttıkça ilaç yazdırma oranının düştüğü görülmektedir. Yapılan ileri analizlerde de ilköğretim düzeyindeki kişilerin üniversite düzeyindeki kişilere oranla ilaç yazdırma oranının fazla olduğu gözlenmiştir ($X^2=11.306$, $p=0.004$).

Araştırmaya katılanların “Evde bulunsun diye ilaç yazdırır mısınız?” sorusundan aldıkları puanlar medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında evli olanların ortalamalarının evli olmayanların ortalamalarına göre yüksek olduğu gözlenmiştir. Görülen bu fark istatistiksel olarak da anlamlıdır ($Z=-1.996$, $p=0.046$). Bu sonuca göre, evlilerin evde eşi ve çocuğu için gerekli olur düşüncesiyle ilaç bulundurabileceği çıkarımı yapılabilir.

“Evde bulunsun diye ilaç yazdırır mısınız?” sorusuna verilen cevaplar; yaşa ($X^2=3.936$, $p=0.140$), cinsiyete ($Z=-0.913$, $p=0.361$), ikamet yerine ($X^2=3.507$, $p=0.173$) ve sosyal güvence durumuna ($Z=-0.890$, $p=0.373$) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

4.2.1.11. “Başkası Adına İlaç Yazdırır mısınız?” Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin dokuzuncu soru olan “Başkası adına ilaç yazdırır mısınız?” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.11’de gösterilmektedir.

Tablo 4.11. Katılımcıların Başkası Adına İlaç Yazdırıp Yazdırmadıkları Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	1.37	0.713	$X^2= 1.698$	0.428
30-39	44	1.34	0.680		
40 +	109	1.27	0.633		
Cinsiyet					
Kadın	164	1.26	0.613	$Z=-1.998$	0.046
Erkek	136	1.41	0.745		
Medeni Durum					
Evli	150	1.30	0.653	$Z=-0.615$	0.539
Evli Değil	150	1.35	0.706		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	1.24	0.584	$X^2=3.174$	0.204
Lise	44	1.25	0.615		
Üniversite	165	1.39	0.738		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	1.35	0.704	$Z=-0.477$	0.633
Çalışmıyor	201	1.31	0.668		
İkamet					
İl	179	1.39	0.729	$X^2= 5.706$	0.058
İlçe	90	1.27	0.614		
Köy	31	1.13	0.499		
Sosyal Güvence					
Var	251	1.33	0.673	$Z=-0.291$	0.771
Yok	49	1.33	0.718		
Hastalık Durumu					
Var	109	1.30	0.646	$Z=-0.263$	0.793
Yok	191	1.34	0.699		
Rahatsızlık Türü					
Akut	79	1.35	0.717	$Z=-0.341$	0.733
Kronik	90	1.30	0.644		
Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	1.29	0.637	$Z=-0.611$	0.541
Yok	209	1.34	0.698		

Tablo 4.11’de görüldüğü gibi, “Başkası adına ilaç yazdırır mısınız?” sorusundan aldıkları puanlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında başkası adına ilaç yazdırma oranının kadınlarda daha düşük olduğu gözlenmektedir. Yapılan ileri analizlerde de anlamlı fark elde edilmiş, erkeklerin başkası adına ilaç yazdırma eğilimlerinin kadınlara göre fazla olduğu anlaşılmıştır. ($Z=-1.998$, $p=0.046$).

Araştırmaya katılan kişilerin “Başkası adına ilaç yazdırır mısınız?” sorusuna verdikleri cevaplar; yaşa ($X^2=1.698$, $p=0.428$), medeni duruma ($Z=-0.615$, $p=0.539$), öğrenim durumuna ($X^2=3.174$, $p=0.204$), çalışma durumuna ($Z=-0.477$, $p=0.633$), ikamet yerlerine ($X^2=5.706$, $p=0.058$), sosyal güvence durumuna ($Z=-0.291$, $p=0.771$), hastalık durumuna ($Z=-0.263$, $p=0.793$), rahatsızlık türüne ($Z=-0.341$, $p=0.733$) ve sürekli ilaç kullanımının olup olmamasına ($Z=-0.611$, $p=0.541$) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

4.2.1.12. “Sırf İlaç Yazdırmak İçin Hekime Başvurduğunuz Olur mu?” Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin onuncu soru olan “Sırf ilaç yazdırmak için hekime başvurduğunuz olur mu?” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.12’de gösterilmektedir.

Tablo 4.12. Katılımcıların Sırf İlaç Yazdırmak İçin Hekime Başvurup Başvurmadıkları Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	1.58	0.758	$X^2=12.917$	0.002
30-39	44	1.77	0.803		
40 +	109	1.99	0.928		
Cinsiyet					
Kadın	164	1.67	0.822	$Z=-1.906$	0.057
Erkek	136	1.86	0.871		
Medeni Durum					
Evli	150	1.91	0.897	$Z=-3.017$	0.003
Evli Değil	150	1.60	0.769		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	2.05	0.899	$X^2=15.876$	0.000
Lise	44	1.75	0.892		
Üniversite	165	1.59	0.764		

Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	1.78	0.864	Z=-0.265	0.791
Çalışmıyor	201	1.75	0.843		
İkamet					
İl	179	1.74	0.815	X ² = 0.288	0.866
İlçe	90	1.74	0.868		
Köy	31	1.87	0.991		
Sosyal Güvence					
Var	251	1.76	0.838	Z=-0.372	0.710
Yok	49	1.73	0.908		
Hastalık Durumu					
Var	109	2.07	0.910	Z=-4.643	0.000
Yok	191	1.58	0.756		
Rahatsızlık Türü					
Akut	79	1.77	0.891	Z=-2.102	0.036
Kronik	90	2.07	0.909		
Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	2.09	0.902	Z=-4.280	0.000
Yok	209	1.61	0.783		

Tablo 4.12’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan kişilerin “*Sırf ilaç yazdırmak için hekime başvurduğunuz olur mu?*” sorusundan aldıkları puanlar yaşlarına göre karşılaştırıldığında yaş düzeyi arttıkça ilaç yazdırmak için hekime olan başvuru oranının da arttığı gözlenmektedir. Yapılan ileri analizlerde de 29 yaş ve altı gruptaki kişiler ile 40 yaş ve üzeri gruptaki kişiler arasında anlamlı fark elde edilmiş, 40 ve üzeri yaş grubunun ilaç yazdırmak için hekime olan başvurularının daha fazla olduğu gözlenmiştir (X²=12.917, p=0.002).

Araştırmaya katılanların “*Sırf ilaç yazdırmak için hekime başvurduğunuz olur mu?*” sorusundan aldıkları puanlar medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında evli olanların ortalamalarının evli olmayanların ortalamalarına göre yüksek olduğu gözlenmiştir. Görülen fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur (Z=-3.017, p=0.003). Bu sonuca göre, evlilerin çocuk ve eşleri için de ilaç yazdırmak için hekime başvuruda bulunabildikleri çıkarımı yapılabilir.

Ankete katılan kişilerin “*Sırf ilaç yazdırmak için hekime başvurduğunuz olur mu?*” sorusundan aldıkları puanlar öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde eğitim düzeyi arttıkça ilaç yazdırmak için hekime olan başvuru oranının azaldığı görülmektedir. Yapılan ileri analizlerde de ilköğretim düzeyindeki kişilerin lise ve üniversite düzeyindeki kişilere oranla daha çok hekim başvurusunda bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır ($X^2=15.876$, $p=0.000$).

“*Sırf ilaç yazdırmak için hekime başvurduğunuz olur mu?*” sorusundan alınan puanlar katılımcıların hastalık durumlarına göre karşılaştırıldığında, hastalığı olanların olmayanlara göre ilaç yazdırmak için hekime olan başvuru oranının yüksek olduğu gözlenmiştir, bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($Z=-4.643$, $p=0.000$). Elde edilen sonuca göre, belirli bir hastalığı olan kişilerin sırf ilaç yazdırmak için hekime daha çok başvurduğu belirtilebilir.

Rahatsızlığı olan katılımcıların “*Sırf ilaç yazdırmak için hekime başvurduğunuz olur mu?*” sorusundan aldıkları puanlar akut ya da kronik rahatsızlıklarına göre karşılaştırıldığında, kronik rahatsızlığı olanların akut rahatsızlığı olanlara göre ilaç yazdırmak için hekime olan başvuru oranının daha yüksek olduğu görülmüştür. İkisi arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($Z=-2.102$, $p=0.036$).

Ankete katılanların “*Sırf ilaç yazdırmak için hekime başvurduğunuz olur mu?*” sorusundan aldıkları puanlar sürekli ilaç kullanıp kullanmadıklarına göre karşılaştırıldığında sürekli ilaç kullananların kullanmayanlara göre ilaç yazdırmak için hekime olan başvuru oranının daha yüksek olduğu görülmüş, ikisi arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($Z=-4.280$, $p=0.000$).

“*Sırf ilaç yazdırmak için hekime başvurduğunuz olur mu?*” sorusuna verilen cevaplar; cinsiyete ($Z=-1.906$, $p=0.057$), çalışma durumuna ($Z=-0.265$, $p=0.791$), ikamet yerlerine ($X^2=0.288$, $p=0.866$) ve sosyal güvencesine ($Z=-0.372$, $p=0.710$) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

4.2.1.13. “Kullanmadığınız Halde İlaç Bulundurur musunuz?” Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin on birinci soru olan “*Kullanmadığınız halde ilaç bulundurur musunuz?*” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.13’te gösterilmektedir.

Tablo 4.13. Katılımcıların Kullanmadığı Halde İlaç Bulundurup Bulundurmadıkları Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	1.79	0.796	$X^2= 4.962$	0.084
30-39	44	1.73	0.817		
40 +	109	2.01	0.897		
Cinsiyet					
Kadın	164	1.84	0.824	Z=-0.489	0.625
Erkek	136	1.89	0.866		
Medeni Durum					
Evli	150	1.99	0.882	Z=-2.480	0.013
Evli Değil	150	1.73	0.783		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	2.08	0.922	$X^2=7.717$	0.021
Lise	44	1.73	0.845		
Üniversite	165	1.78	0.776		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	1.97	0.874	Z=-1.522	0.128
Çalışmıyor	201	1.81	0.823		
İkamet					
İl	179	1.89	0.838	$X^2= 4.467$	0.107
İlçe	90	1.72	0.821		
Köy	31	2.06	0.892		
Sosyal Güvence					
Var	251	1.87	0.844	Z=-0.586	0.558
Yok	49	1.80	0.841		
Hastalık Durumu					
Var	109	2.02	0.871	Z=-2.398	0.016
Yok	191	1.77	0.814		
Rahatsızlık Türü					
Akut	79	1.68	0.793	Z=-3.102	0.002
Kronik	90	2.10	0.875		
Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	2.11	0.875	Z=-3.302	0.001
Yok	209	1.75	0.806		

Tablo 4.13'te görüldüğü gibi, araştırmaya katılan kişilerin “*Kullanmadığınız halde ilaç bulundurur musunuz?*” sorusundan aldıkları puanlar medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında evli olanların ortalamalarının evli olmayanların ortalamalarına göre yüksek olduğu gözlenmiştir. Görülen fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($Z=-2.480$, $p=0.013$).

Ankete katılan kişilerin “*Kullanmadığınız halde ilaç bulundurur musunuz?*” sorusundan aldıkları puanlar öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde eğitim düzeyinin en düşük olduğu köylerde il ve ilçede yaşayanlara oranla kullanmadıkları halde ilaç bulundurma oranlarının yüksek olduğu görülmüş, yapılan ileri analizlerde de bu fark anlamlı bulunmuştur ($X^2=7.717$, $p=0.021$). Buradan, eğitim düzeyinin düşük olduğu yerlerde kişilerin kullanmadıkları halde ilaç bulundurma eğilimlerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılabilir.

“*Kullanmadığınız halde ilaç bulundurur musunuz?*” sorusundan alınan puanlar katılımcıların hastalık durumlarına göre karşılaştırıldığında, hastalığı olanların olmayanlara göre kullanmadığı halde ilaç bulundurma oranının yüksek olduğu gözlenmiş, fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($Z=-2.398$, $p=0.016$). Buradan, hastalığı olmayan bireylerin kullanmadığı için evinde ilaç bulundurmamaya eğilimli olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Rahatsızlığı olan katılımcıların “*Kullanmadığınız halde ilaç bulundurur musunuz?*” sorusundan aldıkları puanlar akut ya da kronik rahatsızlıklarına göre karşılaştırıldığında, kronik rahatsızlığı olanların akut rahatsızlığı olanlara göre kullanmadığı halde ilaç bulundurma oranının yüksek olduğu görülmüştür. İkisi arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($Z=-3.102$, $p=0.002$).

Ankete katılanların “*Kullanmadığınız halde ilaç bulundurur musunuz?*” sorusundan aldıkları puanlar sürekli ilaç kullanıp kullanmadıklarına göre karşılaştırıldığında sürekli ilaç kullananların kullanmayanlara göre kullanmadığı halde ilaç bulundurma oranının yüksek olduğu görülmüş, ikisi arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($Z=-3.302$, $p=0.001$).

“Kullanmadığınız halde ilaç bulundurur musunuz?” sorusuna verilen cevaplar; yaşa ($X^2= 4.962$, $p=0.084$), cinsiyete ($Z=-0.489$, $p=0.625$), çalışma durumuna ($Z=-1.522$, $p=0.128$), ikamet yerlerine ($X^2=4.467$, $p=0.107$) ve sosyal güvencesine ($Z=-0.586$, $p=0.558$) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

4.2.1.14. “Bir Yerden Bir Yere Giderken Yanınıza İlaç Alır mısınız?” Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin on ikinci soru olan “Bir yerden bir yere giderken yanınıza ilaç alır mısınız?” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.14’te gösterilmektedir.

Tablo 4.14. Katılımcıların Bir Yerden Bir Yere Giderken Yanına İlaç Alıp Almadıkları Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	2.08	0.807	$X^2= 8.668$	0.013
30-39	44	2.30	0.795		
40 +	109	2.36	0.834		
Cinsiyet					
Kadın	164	2.29	0.799	$Z=-1.799$	0.072
Erkek	136	2.12	0.844		
Medeni Durum					
Evli	150	2.33	0.823	$Z=-2.549$	0.011
Evli Değil	150	2.10	0.809		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	2.48	0.765	$X^2=15.433$	0.000
Lise	44	2.14	0.878		
Üniversite	165	2.08	0.807		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	2.16	0.817	$Z=-0.830$	0.406
Çalışmıyor	201	2.24	0.826		
İkamet					
İl	179	2.21	0.812	$X^2= 0.551$	0.759
İlçe	90	2.26	0.829		
Köy	31	2.13	0.885		
Sosyal Güvence					
Var	251	2.24	0.820	$Z=-1.460$	0.144
Yok	49	2.06	0.827		
Hastalık Durumu					
Var	109	2.53	0.752	$Z=-5.300$	0.000
Yok	191	2.03	0.807		

Rahatsızlık Türü					
Akut	79	2.10	0.810	Z=-4.738	0.000
Kronik	90	2.64	0.676		
Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	2.65	0.673	Z=-6.269	0.000
Yok	209	2.02	0.811		

Tablo 4.14’te görüldüğü gibi, araştırmaya katılan kişilerin “*Bir yerden bir yere giderken yanınıza ilaç alır mısınız?*” sorusundan aldıkları puanlar yaşlarına göre karşılaştırıldığında yaş düzeyi arttıkça yanına ilaç alma oranı da artmaktadır. Yapılan ileri analizlerde de 29 yaş ve altı grubuna göre 40 yaş ve üzeri grubunun yanında daha çok ilaç bulundurduğu sonucuna ulaşılmıştır ($X^2=8.668$, $p=0.013$). Çıkan sonuca göre, yaşlı kesimin genç kesime göre yanında ilaç taşımaya daha çok meyilli olduğu söylenebilir.

Araştırmaya katılanların “*Bir yerden bir yere giderken yanınıza ilaç alır mısınız?*” sorusundan aldıkları puanlar medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında evli olanların ortalamalarının evli olmayanların ortalamalarına göre yüksek olduğu gözlenmiştir. Görülen fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($Z=-2.549$, $p=0.011$).

Ankete katılan kişilerin “*Bir yerden bir yere giderken yanınıza ilaç alır mısınız?*” sorusundan aldıkları puanlar öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde eğitim düzeyi düştükçe yanına ilaç alma oranının yükseldiği görülmüş, yapılan ileri analizlerde de bu fark anlamlı bulunmuştur ($X^2=15.433$, $p=0.000$). Buradan, eğitim düzeyi düşük olan kişilerin bir yere giderken yanına ilaç alma eğilimlerinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılabilir.

“*Bir yerden bir yere giderken yanınıza ilaç alır mısınız?*” sorusundan alınan puanlar katılımcıların hastalık durumlarına göre karşılaştırıldığında, hastalığı olanların olmayanlara göre bir yere giderken yanına ilaç alma oranının yüksek olduğu gözlenmiş, fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($Z=-5.300$, $p=0.000$).

Rahatsızlığı olan katılımcıların “*Bir yerden bir yere giderken yanınıza ilaç alırmısınız?*” sorusundan aldıkları puanlar akut ya da kronik rahatsızlıklarına göre karşılaştırıldığında, kronik rahatsızlığı olanların akut rahatsızlığı olanlara göre bir yere giderken yanına ilaç alma oranının yüksek olduğu görülmüştür. İkisi arasındaki bu fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($Z=-4.738$, $p=0.000$).

Ankete katılanların “*Bir yerden bir yere giderken yanınıza ilaç alırmısınız?*” sorusundan aldıkları puanlar sürekli ilaç kullanıp kullanmadıklarına göre karşılaştırıldığında sürekli ilaç kullananların kullanmayanlara göre bir yere giderken yanına ilaç alma oranının yüksek olduğu görülmüş, ikisi arasında istatistiksel olarak da anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir ($Z=-6.269$, $p=0.000$).

“*Bir yerden bir yere giderken yanınıza ilaç alırmısınız?*” sorusuna verilen cevaplar; cinsiyete ($Z=-1.799$, $p=0.072$), çalışma durumuna ($Z=-0.830$, $p=0.406$), ikamet yerlerine ($X^2= 0.551$, $p=0.759$) ve sosyal güvencesinin olup olmamasına ($Z=-1.460$, $p=0.144$) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

4.2.1.15. “Medyanın İlaç Kullanmayı Tetiklediğini Düşünüyor musunuz?” Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin on üçüncü soru olan “*Medyanın ilaç kullanmayı tetiklediğini düşünüyor musunuz?*” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.15’te gösterilmektedir.

Tablo 4.15. Katılımcıların Medyanın İlaç Kullanmayı Tetiklediğini Düşünüp Düşünmedikleri Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\overline{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	1.98	0.789	X ² = 2.103	0.349
30-39	44	2.14	0.852		
40 +	109	1.93	0.813		
Cinsiyet					
Kadın	164	1.96	0.843	Z=-0.486	0.627
Erkek	136	2.01	0.765		

Medeni Durum					
Evli	150	2.01	0.839	Z=-0.487	0.626
Evli Değil	150	1.96	0.776		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	1.93	0.814	X ² =0.514	0.773
Lise	44	2.02	0.849		
Üniversite	165	2.00	0.796		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	2.00	0.833	Z=-0.244	0.807
Çalışmıyor	201	1.98	0.796		
İkamet					
İl	179	1.96	0.785	X ² = 0.730	0.694
İlçe	90	2.04	0.833		
Köy	31	1.97	0.875		
Sosyal Güvence					
Var	251	1.98	0.805	Z=-0.038	0.970
Yok	49	1.98	0.829		
Hastalık Durumu					
Var	109	2.01	0.811	Z=-0.418	0.676
Yok	191	1.97	0.807		
Rahatsızlık Türü					
Akut	79	2.01	0.855	Z=-0.271	0.787
Kronik	90	1.98	0.807		
Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	1.97	0.809	Z=-0.230	0.818
Yok	209	1.99	0.809		

Tablo 4.15’te araştırmaya katılan kişilerin “*Medyanın ilaç kullanmayı tetiklediğini düşünüyor musunuz?*” sorusuna verdikleri cevaplardan da görüldüğü gibi bütün değişkenler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık görülmemiştir.

4.2.1.16. “İlaç Kullanmayı Seviyor musunuz?” Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin on dördüncü soru olan “*İlaç kullanmayı seviyor musunuz?*” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.16’da gösterilmektedir.

Tablo 4.16. Katılımcıların İlaç Kullanmayı Sevip Sevmedikleri Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	1.30	0.635	$X^2= 0.455$	0.797
30-39	44	1.36	0.685		
40 +	109	1.32	0.637		
Cinsiyet					
Kadın	164	1.30	0.640	$Z=-0.512$	0.608
Erkek	136	1.33	0.645		
Medeni Durum					
Evli	150	1.31	0.646	$Z=-0.219$	0.827
Evli Değil	150	1.32	0.638		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	1.35	0.673	$X^2=0.792$	0.673
Lise	44	1.23	0.522		
Üniversite	165	1.32	0.653		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	1.33	0.685	$Z=-0.050$	0.960
Çalışmıyor	201	1.31	0.620		
İkamet					
İl	179	1.31	0.628	$X^2= 0.031$	0.984
İlçe	90	1.33	0.670		
Köy	31	1.32	0.653		
Sosyal Güvence					
Var	251	1.31	0.624	$Z=-0.260$	0.795
Yok	49	1.37	0.727		
Hastalık Durumu					
Var	109	1.36	0.687	$Z=-0.680$	0.497
Yok	191	1.29	0.614		
Rahatsızlık Türü					
Akut	79	1.39	0.668	$Z=-0.715$	0.474
Kronik	90	1.34	0.673		
Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	1.34	0.670	$Z=-0.345$	0.730
Yok	209	1.31	0.629		

Tablo 4.16’da araştırmaya katılan kişilerin “İlaç kullanmayı seviyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar görüleceği üzere bütün değişkenler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

4.2.1.17. “İlacın Bir Rahatsızlığınıza İyi Gelirken Başka Bir Rahatsızlığa Sebep Olabileceğini Düşünüyor musunuz?” Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin on beşinci soru olan “İlacın bir rahatsızlığınıza iyi gelirken başka bir rahatsızlığa sebep olabileceğini düşünüyor musunuz?” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.17’de gösterilmektedir.

Tablo 4.17. Katılımcıların İlacın Bir Rahatsızlığınıza İyi Gelirken Başka Bir Rahatsızlığa Sebep Olabileceğini Düşünüp Düşünmediği Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	2.46	0.704	$X^2= 0.141$	0.932
30-39	44	2.50	0.665		
40 +	109	2.42	0.761		
Cinsiyet					
Kadın	164	2.51	0.696	$Z=-1.718$	0.086
Erkek	136	2.37	0.740		
Medeni Durum					
Evli	150	2.49	0.721	$Z=-1.277$	0.202
Evli Değil	150	2.41	0.715		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	2.38	0.786	$X^2=2.577$	0.276
Lise	44	2.64	0.532		
Üniversite	165	2.44	0.718		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	2.40	0.713	$Z=-0.972$	0.331
Çalışmıyor	201	2.47	0.721		
İkamet					
İl	179	2.45	0.712	$X^2= 0.031$	0.984
İlçe	90	2.46	0.721		
Köy	31	2.42	0.765		
Sosyal Güvence					
Var	251	2.48	0.706	$Z=-1.532$	0.125
Yok	49	2.31	0.769		
Hastalık Durumu					
Var	109	2.48	0.702	$Z=-0.440$	0.660
Yok	191	2.43	0.729		
Rahatsızlık Türü					
Akut	79	2.41	0.743	$Z=-0.934$	0.350
Kronik	90	2.50	0.723		

Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	2.49	0.721	Z=-0.850	0.395
Yok	209	2.43	0.718		

Araştırmaya katılan kişilerin “İlacın bir rahatsızlığınıza iyi gelirken başka bir rahatsızlığa sebep olabileceğini düşünüyor musunuz?” sorusuna verdikleri cevaplar tabloda da görüleceği üzere bütün değişkenler üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

4.2.1.18. “Yan Etkilerinden Yola Çıkararak Vücudunuzun O İlaça Olumsuz Tepki Verdiğine Şahit Oldunuz mu?” Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin on altıncı soru olan “Yan etkilerinden yola çıkarak vücudunuzun o ilaca olumsuz tepki verdiğine şahit oldunuz mu?” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.18’de gösterilmektedir.

Tablo 4.18. Katılımcıların Yan Etkilerinden Yola Çıkararak Vücutlarının O İlaça Olumsuz Tepki Verdiğine Şahit Olup Olmadıkları Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	2.03	0.844	$X^2= 0.181$	0.914
30-39	44	2.09	0.830		
40 +	109	2.04	0.902		
Cinsiyet					
Kadın	164	2.08	0.872	$Z=-0.883$	0.377
Erkek	136	1.99	0.848		
Medeni Durum					
Evli	150	2.07	0.898	$Z=-0.713$	0.476
Evli Değil	150	2.01	0.823		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	2.09	0.890	$X^2=0.485$	0.785
Lise	44	2.05	0.861		
Üniversite	165	2.01	0.848		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	2.04	0.868	$Z=-0.009$	0.993
Çalışmıyor	201	2.04	0.859		
İkamet					
İl	179	2.04	0.840	$X^2= 0.057$	0.972
İlçe	90	2.04	0.873		
Köy	31	2.00	0.966		

Sosyal Güvence					
Var	251	2.08	0.862	Z=-1.632	0.103
Yok	49	1.86	0.842		
Hastalık Durumu					
Var	109	2.20	0.858	Z=-2.473	0.013
Yok	191	1.95	0.851		
Rahatsızlık Türü					
Akut	79	1.81	0.833	Z=-3.408	0.001
Kronik	90	2.27	0.859		
Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	2.27	0.857	Z=-3.141	0.002
Yok	209	1.94	0.844		

Tablo 4.18’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan kişilerin “*Yan etkilerinden yola çıkarak vücudunuzun o ilaca olumsuz tepki verdiğine şahit oldunuz mu?*” sorusundan aldıkları puanlar katılımcıların hastalık durumlarına göre karşılaştırıldığında, hastalığı olanların olmayanlara göre ilacın yan etkilerine daha çok maruz kaldığı görülmüştür. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlı bir fark oluşturmuştur ($Z=-2.473$, $p=0.013$). Çıkan sonuca göre, hastalığı olanların olmayanlara oranla daha çok ilaç kullandıkları varsayılırsa ilaçtan oluşabilecek yan etkilere de daha eğilimli kaldıkları söylenebilir.

Rahatsızlığı olan katılımcıların “*Yan etkilerinden yola çıkarak vücudunuzun o ilaca olumsuz tepki verdiğine şahit oldunuz mu?*” sorusundan aldıkları puanlar akut ya da kronik rahatsızlıklarına göre karşılaştırıldığında, kronik rahatsızlığı olanların akut rahatsızlığı olanlara göre ilacın yan etkilerine daha çok maruz kaldığı gözlenmiştir. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($Z=-3.408$, $p=0.001$).

Ankete katılanların “*Yan etkilerinden yola çıkarak vücudunuzun o ilaca olumsuz tepki verdiğine şahit oldunuz mu?*” sorusundan aldıkları puanlar sürekli ilaç kullanıp kullanmadıklarına göre karşılaştırıldığında sürekli ilaç kullananların kullanmayanlara göre bir ilacın yan etkilerine daha çok maruz kaldığı görülmüştür. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($Z=-3.141$, $p=0.002$). Sonuç olarak, sürekli ilaç kullanımının kişilerde daha fazla yan etki gösterebileceği düşünülebilir.

“Yan etkilerinden yola çıkarak vücudunuzun o ilaca olumsuz tepki verdiğine şahit oldunuz mu?” sorusuna verilen cevaplar; yaşa ($X^2=0.181$, $p=0.914$), cinsiyete ($Z=-0.883$, $p=0.377$), medeni duruma ($Z=-0.713$, $p=0.476$), öğrenim durumuna ($X^2=0.485$, $p=0.785$), çalışma durumuna ($Z=-0.009$, $p=0.993$), ikamet yerine ($X^2=0.057$, $p=0.972$) ve sosyal güvence durumuna ($Z=-1.632$, $p=0.103$) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

4.2.1.19. “Sizce İlaç Kullanımı Toplumun Geleceği İçin Tehdit Oluşturuyor mu?” Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin on yedinci soru olan “Sizce ilaç kullanımı toplumun geleceği için tehdit oluşturuyor mu?” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.19’da gösterilmektedir.

Tablo 4.19. Katılımcıların İlaç Kullanımının Toplumun Geleceği İçin Tehdit Oluşturup Oluşturmadığı Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	2.48	0.686	$X^2= 6.191$	0.045
30-39	44	2.61	0.618		
40 +	109	2.67	0.609		
Cinsiyet					
Kadın	164	2.57	0.665	$Z=-0.284$	0.777
Erkek	136	2.57	0.641		
Medeni Durum					
Evli	150	2.65	0.604	$Z=-2.027$	0.043
Evli Değil	150	2.49	0.693		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	2.64	0.606	$X^2=3.181$	0.204
Lise	44	2.66	0.608		
Üniversite	165	2.51	0.686		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	2.62	0.666	$Z=-1.216$	0.224
Çalışmıyor	201	2.55	0.647		
İkamet					
İl	179	2.56	0.645	$X^2= 1.553$	0.460
İlçe	90	2.54	0.673		
Köy	31	2.68	0.653		

Sosyal Güvence					
Var	251	2.59	0.654	Z=-1.233	0.217
Yok	49	2.49	0.649		
Hastalık Durumu					
Var	109	2.63	0.588	Z=-1.015	0.310
Yok	191	2.53	0.686		
Rahatsızlık Türü					
Akut	79	2.57	0.673	Z=-1.006	0.314
Kronik	90	2.70	0.507		
Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	2.71	0.501	Z=-2.192	0.028
Yok	209	2.51	0.701		

Tablo 4.19’da görüldüğü gibi, araştırmaya katılan kişilerin yaşları “*Sizce ilaç kullanımı toplumun geleceği için tehdit oluşturuyor mu?*” sorusundan aldıkları puanlar yaşlarına göre karşılaştırıldığında yaş arttıkça ilacın tehdit oluşturduğuna yönelik oranlar da artmaktadır. Yapılan ileri analizlerde de 29 yaş ve altındaki kişilerin 40 yaş ve üzerindeki kişilere göre ilacın tehdit oluşturduğuna yönelik algılarının düşük olduğu görülmüştür ($X^2=6.191$, $p=0.045$). Sonuca göre, genç kesimin yaşlılara oranla ilacın masum olduğuna olan eğilimlerinden bahsedilebilir.

Araştırmaya katılanların “*Sizce ilaç kullanımı toplumun geleceği için tehdit oluşturuyor mu?*” sorusundan aldıkları puanlar medeni durumlarına göre karşılaştırıldığında evli olanların ortalamalarının evli olmayanların ortalamalarına göre yüksek olduğu gözlenmiş, ikisi arasındaki fark istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($Z=-2.027$, $p=0.043$). Çıkan sonuca göre, evlilerin evli olmayanlara oranla ilacın daha masum olduğuna yönelik eğilimlerinden bahsedilebilir.

Ankete katılanların “*Sizce ilaç kullanımı toplumun geleceği için tehdit oluşturuyor mu?*” sorusundan aldıkları puanlar sürekli ilaç kullanıp kullanmadıklarına göre karşılaştırıldığında sürekli ilaç kullananların kullanmayanlara göre ilacın tehdit oluşturduğuna yönelik düşüncelerinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlı bulunmuştur ($Z=-2.192$, $p=0.028$). Sonuç olarak, sürekli ilaç kullanan kişilerde ilacın masumiyetine olan düşünce eğiliminin düşük olduğu belirtilebilir.

“Sizce ilaç kullanımı toplumun geleceği için tehdit oluşturuyor mu?” sorusuna verilen cevaplar; cinsiyete ($Z=-0.284$, $p=0.777$), öğrenim durumuna ($X^2=3.181$, $p=0.204$), çalışma durumuna ($Z=-1.216$, $p=0.224$), ikamet yerine ($X^2=1.553$, $p=0.460$), sosyal güvence durumuna ($Z=-1.233$, $p=0.217$), hastalık durumuna ($Z=-1.015$, $p=0.310$) ve rahatsızlık türüne ($Z=-1.006$, $p=0.314$) göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir.

4.2.1.20. “Çevrenizdekileri Düşündüğünüzde İlaçla İçli Dışlı Olduklarını Düşünüyor musunuz?” Sorusunun Demografik Değişkenlere Göre Karşılaştırması

Araştırmaya katılan kişilerin on sekizinci soru olan “Çevrenizdekileri düşündüğünüzde ilaçla içli dışlı olduklarını düşünüyor musunuz?” sorusundan aldıkları puan ortalamalarının demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4.20’de gösterilmektedir.

Tablo 4.20. Katılımcıların Çevrelerindeki Düşündüklerinde İlaçla İçli Dışlı Olduklarını Düşünüp Düşünmedikleri Sorusundan Aldıkları Puan Ortalamalarının Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Değişkenler	N	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	P
Yaş (Yıl)					
29 ve altı	147	2.41	0.710	$X^2= 8.678$	0.013
30-39	44	2.57	0.587		
40 +	109	2.63	0.676		
Cinsiyet					
Kadın	164	2.57	0.656	$Z=-1.563$	0.118
Erkek	136	2.45	0.718		
Medeni Durum					
Evli	150	2.55	0.691	$Z=-1.201$	0.230
Evli Değil	150	2.48	0.683		
Öğrenim Durumu					
İlköğretim	91	2.68	0.612	$X^2=11.789$	0.003
Lise	44	2.59	0.658		
Üniversite	165	2.41	0.715		
Çalışma Durumu					
Çalışıyor	99	2.48	0.705	$Z=-0.553$	0.581
Çalışmıyor	201	2.53	0.678		
İkamet					
İl	179	2.46	0.689	$X^2= 4.172$	0.124
İlçe	90	2.62	0.646		
Köy	31	2.52	0.769		

Sosyal Güvence					
Var	251	2.51	0.689	Z=-0.409	0.683
Yok	49	2.55	0.679		
Hastalık Durumu					
Var	109	2.61	0.609	Z=-1.463	0.143
Yok	191	2.47	0.724		
Rahatsızlık Türü					
Akut	79	2.51	0.658	Z=-0.919	0.358
Kronik	90	2.59	0.634		
Sürekli İlaç Kullanımı					
Var	91	2.59	0.632	Z=-1.181	0.238
Yok	209	2.48	0.708		

Tablo 4.20’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan kişilerin “Çevrenizdekileri düşündüğünüzde ilaçla içli dışlı olduklarını düşünüyor musunuz?” sorusundan aldıkları puanlar yaşlarına göre karşılaştırıldığında yaş arttıkça ilaçla içli dışlı olunduğuna yönelik oranlar da artmaktadır. Yapılan ileri analizlerde de 29 yaş ve altındaki kişilerin 40 yaş ve üzerindeki kişilere göre çevresindekilerin ilaçla içli dışlı olduklarını düşünme oranının daha düşük olduğu görülmüştür ($X^2= 8.678$, $p=0.013$).

Ankete katılan kişilerin “Çevrenizdekileri düşündüğünüzde ilaçla içli dışlı olduklarını düşünüyor musunuz?” sorusundan aldıkları puanlar öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde eğitim düzeyi düştükçe ilaçla içli dışlı olunduğuna yönelik oranlar ters orantılı olarak artmaktadır. Yapılan ileri analizlerde de ilköğretim düzeyindeki kişilerin üniversite düzeyindeki kişilere oranla ilaçla içli dışlı olunduğuna yönelik düşüncelerinin daha fazla olduğu gözlenmiştir ($X^2=11.789$, $p=0.003$).

40 yaş ve üzeri grubun genel olarak ilköğretim seviyesinde öğrenimleri olduğu düşünülürse, yaş ve öğrenim durumu değişkenlerinin ilgili soruya birbirini bütünleyen/tamamlayan sonuçlar verdiği gözlenecektir.

“Çevrenizdekileri düşündüğünüzde ilaçla içli dışlı olduklarını düşünüyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplar; cinsiyete ($Z=-1.563$, $p=0.118$), medeni durumlarına ($Z=-1.201$, $p=0.230$), çalışma durumuna ($Z=-0.553$, $p=0.581$), ikamet yerine ($X^2= 4.172$, $p=0.124$), sosyal güvence durumuna ($Z=-0.409$, $p=0.683$), hastalık durumuna ($Z=-1.463$, $p=0.143$), rahatsızlık türüne ($Z=-0.919$, $p=0.358$) ve sürekli ilaç kullanımının olup olmasına ($Z=-1.181$, $p=0.238$) göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir.

4.2.2. Nitel Araştırmaya İlişkin Bulgular

Araştırmanın nitel kısmına dâhil olan katılımcıları, eğitim ve araştırma hastanesi, devlet hastanesi, asker hastanesi, aile sağlığı merkezi, iibf sağlık yönetimi anabilim dalı, ilaç firması ve eczanede görev yapan 12 katılımcı oluşturmaktadır. Tablo 4.21’de görüldüğü gibi, hekim katılımcılar hastanede Dâhili Tıp bilimlerinin; Göğüs Hastalıkları, İç Hastalıkları, Halk Sağlığı ve Acil Tıp dallarında görev yapmaktadırlar. Hemşire katılımcılar ise çeşitli hastanelerde; Teşhis İle İlişkili Gruplar (TİG), Çocuk Hastalıkları Kliniği, Yoğun Bakım Ünitesi alanlarında görev yapmaktadır.

Ek olarak katılımcılar arasında; aile hekimliğinde görev yapmakta olan Acil Tıp Teknisyeni, bir ilaç firmasında pazarlamacı olarak çalışan Tıbbi Mümessil ve bir de Eczacı bulunmaktadır. Ayrıca araştırma kapsamındaki katılımcılara kişisel mahremiyetleri gereğince isimlerinin son harflerinden başlayan farklı isimler verilmiştir.

Tablo 4.21. Nitel Çalışmadaki Katılımcıların Unvan ve Birim Bilgileri

No	Katılımcıya Verilen Ad	Birimi	Unvanı
1	Ayşe Hanım	Sağlık Yönetimi A.B.D.	Yrd. Doç. Dr.
2	Emine Hanım	Teşhis İle İlişkili Gruplar (TİG)	Hemşire
3	Tahsin Bey	Göğüs Hastalıkları A.B.D.	Prof. Dr.
4	Filiz Hanım	Çocuk Hastalıkları Kliniği	Hemşire
5	Nimet Hanım	Halk Sağlığı A.B.D.	Prof. Dr.
6	Nur Hanım	Yoğun Bakım Ünitesi	Hemşire
7	İbrahim Bey	İç Hastalıkları	Hekim
8	Nuray Hanım	Asker Hastanesi	Hemşire
9	Tunç Bey	Aile Sağlığı Merkezi	ATT
10	Nevzat Bey	İlaç Pazarlama ve Satış Bölge Sorumlusu	Tıbbi Mümessil
11	Elif Hanım	Eczane	Eczacı
12	Nezaket Hanım	Acil Tıp A.B.D.	Yrd. Doç. Dr./ Başhekim Yardımcısı

4.2.2.1. İlaç Kullanımının Artışındaki Temel Etmenlere İlişkin Bulgular

Birinci kısımda, sağlık çalışanlarının ilaç kullanımının artmasındaki temel etmenlere ilişkin verdikleri cevaplardan elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Genel olarak; “İlaç Kullanımındaki Artışı Nelere Bağladıkları” sorulmuş ve alınan cevaplara göre de temalar belirlenmiştir.

Yedi tema altında birleştirilen ilaç kullanımının artmasındaki temel etmenler sırasıyla şu şekilde belirlenmiştir: “Hastalar”, “Hekimler”, “Sağlık Sistemi”, “Sosyal Çevre”, “Medya”, “İlaç Şirketleri” ve “Halkın Bilinçsizliği”dir.

1. Hastalar

Hastaların ilaç kullanımındaki bilinçsizliğini vurgulayan katılımcılar, hastaların kesinlikle ilaç kullanmadan iyileşmeye ikna olmadıklarını belirtmişlerdir.

Katılımcılardan Tahsin Bey, “*Bilinçsizlik, sağlık konusunda yeterli eğitimin olmaması, hemen hastalığın ilaç alınarak geçeceğini zannetme (eğitimsizlik) gibi etmenlere bağlayabiliriz. Sonuçta sağlıkla ilgili yetersiz bilgiye sahip olmak bu sonucu doğuruyor.*” şeklindeki ifadesiyle kullanımı artan ilacın bilgi ve bilinç eksikliği alanını ele alırken İbrahim Bey, “*Hastalar telkin yoluyla bazı şeylere ikna olmuyorlar. İlla ki somut olarak ilaç kullanmak istiyor. Bu ağrı kesiciyle geçmez, ateş düşürücüyle geçmez diyerek illa ki antibiyotik yazdırmak istiyorlar.*” diyerek hastaların ilaçsız iyileşmeye ikna olmadığına dikkat çekmiştir. Katılımcıların diğer görüşleri de aşağıda verilmiştir.

Bireyler olarak çok yoruluyoruz. Ve yorulduğumuzu da çevremize somut olarak hissettirmek istiyoruz. Yani; beni artık çok yoruyorsunuz ve ben artık hastayım ilaç kullanıyorum. Örneğin Türkiye de resmi rakamlara göre antidepresan kullanımı 258 milyon kutuyu bulmuş durumda (Ayşe Hanım, Yrd. Doç. Dr).

Hastalar en küçük rahatsızlıkta dahi ilaç (antibiyotik) yazmasını istediği için hekim yazmak zorunda. Çünkü hastaya gerekli olmadığı konusunda ikna edemiyorsun. Hekimlerin en çok zorda kaldıkları durum bu. Hasta da düzenli kullanmıyor zaten (Nevzat Bey, Tıbbi Mümessil).

Hastalar ilaç olmadan asla iyileşmeyeceklerini düşünüyorlar. Örneğin basit bir viral enfeksiyonda dahi antibiyotik kullanımı gereksizken hasta illa ki kullanmak istiyor ve inatla o ilacı yazdırıyor hekime. Aslında kişilerin kendi sağlıkları hakkında bilinçli olmaları gerekiyor. Herkesin kendi sağlığından sorumlu olduğunun farkında olması gerekir. Kişiler kendi sağlıklarına dikkat ederlerse koruyucu hekimlik uygulamalarına daha çok önem verirler. Ve böylelikle hastalanmazlar, hastalanmadıkları için de ilaç kullanmak durumunda kalmazlar (Nimet Hanım, Halk Sağlığı A.B.D).

Hastalıklardan korunmak için koruyucu hekimlik adı altında bir grup çalışsa çok daha faydalı olabilir. Yani hastalar hasta olmadan önce ne yapacaklarını bilseler Türkiye de daha az ilaç kullanılır (Elif Hanım, Eczacı).

Normalde bir çocuğun örneğin ateşi 38,5 olana kadar ilaç verilmez. Fakat hastalar buna itimat etmiyorlar. Tedaviden artan ilaçlar çok fazla. Bu yüzden de evde ilaçla yapılan intiharlar çok fazla görülüyor. Bu kapsamda bakıldığında ilaçlar kutusuyla değil belki ama kaç gün kullanması gerekiyorsa o kadar (gün başına) ilaç verilmeli (Nezaket Hanım, Acil Tıp A.B.D).

2. Hekimler

Katılımcılar “hekim etkisi” altında genel olarak şunları vurgulamışlardır; Günümüzde hekimler tarafından hastanın isteği doğrultusunda teşhis koymadan ilaç yazılmaktadır. Tabii ki bu durum, hastaya uzun zaman ayıramayan, bir an önce hastayı başından savmak isteyen ve hastayı müşteri kategorisine dâhil eden hekimlerce -müşteri kaybetmeme- isteğinden kaynaklanmaktadır.

Katılımcılardan Tunç Bey, *“Hekimlerin fazladan ek gelir olarak mümessillerden sağladıkları gelir göz önünde bulundurulursa tabii ki onların da büyük bir katkısı var. Hasta isteğine göre, tanı koymadan ilaç yazılıyor. Örneğin bir teyze gelip; “oğlum bana bir antibiyotik yaz” dediğinde hekimin tepkisi neden, ne için istiyorsun demek yerine gel teyze yazalım oluyor.”* diyerek hekim-ilâç şirketleri arasındaki yakın münasebetlerin ilâç kullanımına etkisini belirtmiştir. Nimet Hanım ise genel görüşten farklı olarak, *“Hekimler gereksiz ilâç yazmazlar. Çünkü biz tıp öğrencilerine derslerde gereksiz ve aşırı her durumdan kaçınmalarını söyleriz. Fakat bugün dışarıda belirli hastalıklarda belirli ilâç setleri yazan hekimler mevcut.”* demiştir. Katılımcıların diğer görüşleri de aşağıda verilmiştir.

Toplumda ilâç kullanımının artmasında ilk sebep hekimler. Çünkü hastaya ayırdığı zaman çok kısıtlıdır. Geniş zaman ayırmadığı için de ilaca başvuruyor. Uzun zaman ayırmaktansa hastayı tatmin edecek ilacı yazma eğiliminde oluyorlar. Yani kısa zamanda tedaviyi çözümleyecek olan ilaca başvuruluyor. Hekimler artık her hastalığa karşı belirli set halinde ilaçlar yazmaktalar. Hasta da bir zaman sonra yazılan ilaçları artık tanıdığı için hekime gitmektense kendisi eczaneden erişim sağlamaya çalışıyor (Ayşe Hanım, Yrd. Doç. Dr).

Hekimler da ilâç yazmaya meyilli olabiliyorlar. Performans sistemi etkin olduğu için hekim hastaya çok vakit ayıramıyor. Bu da her hastalık için belirli ilaçların yazılmasına sebep olabiliyor (Filiz Hanım, Hemşire).

Artık hekim sistemik muayene yapıyor, hastanın ağzından çıkanlara göre reçete yazıyor. Bu durum bilinçsiz ve gereksiz ilâç kullanımını tetikliyor (Emine Hanım, Hemşire).

Hekimler da hastayı riske atmak istemiyor. Belirli bir süre içinde hastayı muayene etmek zorunda kaldığımız için de riske atmak istemiyorsan illa ki antibiyotik yazılıyor. Antidepresanları da artık sadece psikiyatristler yazmıyor. Yeri geliyor iç hastalıkları yeri geliyor nörologlar da ilaç reçete edebiliyorlar (İbrahim Bey, Dahiliye Hekimi).

Bugün antibiyotik yazan, fazla ilaç veren hekim revaçta. Hekimlerin konuşulduğu değil müşteri memnuniyeti esaslı bir sistemin içindeyiz. Hasta talebi önemlidir. Hekim bilgisinin önemi yok. Belirli bir müşteri portföyü varsa hekimin onu kaybetmek istemiyor. Tabii ki bu davranış da ilaç yazımına yöneliyor. Zira hastanın istediği ilacı yazmazsa hasta başka bir hekime gidip illa ki o istediği ilacı yazdırıyor. Ve hekim hasta kaybettiğiyle kalıyor (Nezaket Hanım, Acil Tıp A.B.D.).

Hekim açıkçası şöyle düşünüyor: ben ilacını yazayım ne istiyorsa vereyim hem başımdan atayım bir an önce iyileşsin hem de daima benimle olsun. Zira hasta kaybetmek istemiyor (Nuray Hanım, Askeri Hemşire).

3. Sağlık Sistemi

Katılımcılar genel olarak, sağlık sistemi açısından ilaç kullanımı artışını hekimlere dayatılan performans sistemine bağlamış ve hastaların müşteri kategorisinde değerlendirildiğinden yakınmışlardır.

Katılımcılardan Tunç Bey, “*Şu zamanda özellikle sağlık sistemini göz önünde bulundurursak, hekimler performans sistemiyle robotlaştırılıyorlar. Bir de hekimin derdi daha fazla hasta bakarak daha fazla kazanmak ise (Hasta=Para, Hasta=Müşteri) tabii ki fazla ve gereksiz ilaç kullanımında bu da etkin rol oynar. Hastalara müşteri gözüyle bakılmamalı. Etik açıdan da zaten ahlaksız bir tavır ve davranıştır bu.*” diyerek sistemin hastaları adeta para mercii olarak gösterdiğini belirtirken Elif Hanım bu görüşten farklı olarak şunları söylemiştir; “*Sağlık sisteminde bir boşluk yok, şöyle; kişinin elinde ilaç varken sistem ilaç vermeye kapanıyor aynı kişiye. Hekimler da artık eskisi gibi değil, kulaktan duyma bir şekilde gelip ilaç yazdırmak isteyen herkese ilaç yazmıyorlar. Onların hastalığa göre verdikleri ilaçlar da liste edilip inceleniyor.*” demiş, sistemin olumsuz bir etkisinin olmadığını belirtmiştir. Katılımcıların diğer görüşleri de aşağıdaki gibidir.

Sağlık sisteminden ziyade aslında yapılması gereken, eksik olan şey sağlık eğitimi. Çünkü performans sistemine dayatılan hekimlerse yöneticiler el atması gerekir sisteme, hekimlerin bir suçu olduğu varsayılmaz (Nevzat Bey, Tıbbi Mümessil).

Hekimlerin konuşulduğu değil müşteri memnuniyeti esaslı bir sistemin içindeyiz. Aslında hekimlerin de canını sıkan bir mevzu: performans sistemine dayalı olarak hastalara dar vakit ayrılması ve genellikle de ilaç yazımına başvurulması. Recep Akdağ geçenlerde bu konuyla alakalı şunları söyledi; “hastanelerde maalesef ki bu şekilde uygulama mevcut, ve şu durumda bunun değişmesi söz konusu değil. Eğer hastaya daha fazla vakit ayırmak istiyorsanız hastanelere bağlı semt poliklinikleri açın ve oralarda bakın hastalarınızı. Yani bu söylemlere dayanarak şunu söyleyebiliriz; bu sistem aynen devam ettiği sürece bu şekilde ilaç yazımlarının önüne geçilemeyecek (Nezaket Hanım, Acil Tıp A.B.D.).

Müşteri = Hasta profili var bugün sağlık sektöründe (Emine Hanım, Hemşire).

Hekimlerin performansa dayalı tedavisi artık memnuniyete göre çalışma sistemine dönüştü. Tabi ki memnun etmenin yolu da çok ilaç yazıp hastayı memnun etmek oluyor (Ayşe Hanım, Yrd. Doç. Dr).

Performans sistemi etkin olduğu için hekim hastaya çok vakit ayıramıyor (Filiz Hanım, Hemşire).

İlaçlara ulaşımın kolay olması (aile hekimliğine ulaşım, reçete ettirme ve devletin erişime kolaylaştırması) bir başka sebep olarak bakılabilir (Nimet Hanım, Halk Sağlığı A.B.D.).

4. Sosyal Çevre

Katılımcılar genel anlamda, çevre (akraba, komşu tavsiyeleri) etkisinin ilaç kullanımının artışıdaki temel etkenlerden olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle de kulaktan dolma çok ilaç tüketildiği söylenmiştir.

Katılımcılardan Nuray Hanım, “Çevre etkisi çok fazla var bizim ülkemizde. Ondan bundan duyup aynı ilacı kullanmaya çalışanlar maalesef ki var. Diyoruz ya en başından beri, bilinçsizlik her türlü bilinmezliği de beraberinde getiriyor. Zira hasta o an karşısındakinin ne şikâyetle kullandığını ve tabii ki bünye olarak kaldırıp kaldıramayacağını düşünmüyor. Tek isteği bir an önce ağrısından acısından kurtulmak. Hatta öyle faydalı komşular var ki ilacı yanında getirir özel elden teslim eder” diyerek çevre etkisinin olumsuzlukları değerlendirmiştir. Aynı şekilde Ayşe Hanım, “Bir de sağlık açısından sorun çözücü olarak baktığımız diğer etmen de komşu yoluyla ilaca erişim. Komşuda etkinlik gösteren bir ilacı biz de sağlık sorunu yaşamayalım diye aynı ilacı hekime danışmadan kullanabiliyoruz. Dolayısıyla ilaç kullanmayı bir bakıma seviyoruz.” demiştir. Katılımcıların diğer görüşleri de aşağıdaki gibidir.

Çevrenin etkisi çok var ilaç kullanımında (İbrahim Bey, Dahiliye Hekimi).

Çevre etkisi çok kötü bir durum olsa da kişiler çevrelerinden de ilaç tavsiyesi alıp kullanabiliyorlar. Tabi ki her konuda olduğu gibi buradan da varılan sonuç halkın sağlık eğitim eksikliği oluyor (Nimet Hanım, Halk Sağlığı A.B.D.).

Kişiler çevreden duyduğu- gördüğü ilaçları kullanma eğilimindedir. Hatta en yüksek etken denilebilir (Tunç Bey, ATT-Aile Hekimliği).

Konu komşu tavsiyesiyle ilaç kullanımı ülkemizde oldukça yaygın (Nur Hanım, Hemşire).

Komşu veya yakın tavsiyesi ilaç kullanımında başlıca etkenlerden biri (Elif Hanım, Eczacı).

Kişiler birbirinin önerisiyle de ilaç kullanımına yöneliyor (Emine Hanım, Hemşire).

5. Medya

Katılımcıların genel olarak ilaç kullanımının artışında etkisinin olduğunu düşündükleri medya ve medya unsurlarının, özellikle ilaç reklamları ve gündelik çıkan kadın programlarında etkin olduğu vurgulanmıştır.

Katılımcılardan Nezaket Hanım, “*Medya ilaç kullanımı konusunda etkili ki etkili olmasa o kadar reklamını yapmazlar. Ayrıca kadın programları da çok etkin rol oynuyor. Bizim şarlatan tıp olarak tanımladığımız program hekimcilikleri maalesef ki çok yaygın. Kişiler kalkıp hastaneye gelmekten ziyade oturduğu yerden derman arıyor. Tabii ki var olan hastalığının yanında başka rahatsızlıklar da söz konusu ise kaynatıp içtiği otlar çöpler fayda etmiyor. Bu sefer başlangıcın aksine daha ağır bir vaziyette hastaneye geliyor. Televizyondan gördüğünü uyarlayıp tedavi uman bir milletiz. Örneğin benim patlıcan sapı kaynatıp içen ve ölen hastam oldu.*” demiş ve medya unsurlarının oluşturduğu olumsuz tutum ve davranışlarından dem vurmıştır. Aksini düşünen Nevzat Bey ise, “*İlaç reklamı yapmak yasak normalde. Ve ben ilaç kullanımı konusunda medyanın bir etkisinin olduğunu düşünmüyorum. Çünkü vitamin ilaçları kişinin durumuna göre ekstradan alabileceği özel tüketime giriyor. Devlet de o grubu ödemediği için kişinin ihtiyacı varsa alsın diyor.*” demiş ve reklamı yapılan ilaç türlerinin devlet ödemesi haricinde olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların diğer görüşleri de aşağıdaki gibidir.

İlaç reklamları ilaç kullanımını olumlu yönde etkiliyor. Sosyal medya; zayıflamak için, anti aging için her konuda ilaç kullanımını destekliyor ve ona göre propagandalar yapıyor (Ayşe Hanım, Yrd. Doç. Dr).

Medya özellikle ilaç reklamları konusunda etkili oluyor (Tahsin Bey, Göğüs Hastalıkları A.B.D.).

Medya etkili olabiliyor ilaç kullanımı açısından. Reklamları yasaklanmalı (Elif Hanım, Eczacı).

Medyanın etkisinin olduğunu düşünüyorum. Kişiler çok kulak asıyorlar o tarz şeylere (Filiz Hanım, Hemşire).

Medya etkin bir şekilde ilaç kullanımlarını etkileyebiliyor (Nur Hanım, Hemşire).

Medya ilaç kullanımında oldukça etkili bana göre. Çünkü bizim insanımızda şu var: aa o kullanıyorsa iyidir bizde kullanalım.. Ama belki de onun ne olduğunu bile bilmiyor. Yeter ki eline geçsin o ürün ve kullanmaya başlasın (Nuray Hanım, Askeri Hemşire).

Medyanın- reklamların ilaç kullanmaya ve de kullanıma meyilliliği artırıcı bir etkisi var (Tunç Bey, ATT-Aile Hekimliği).

6. İlaç Şirketleri

İlaç şirketleri başlığı altında katılımcılar genel olarak hekim-ilaç mümessilleri ilişkileri üzerinde değerlendirmelerde bulunmuşlardır. Kimisi aradaki dostane ilişkilerden bahsederken kimileri de eski sisteme nazaran ilişkilerin daha kısıtlı hale geldiğini belirtmiştir.

Katılımcılardan Tunç Bey, *“Mümessil- hekim ilişkilerinden yola çıkılırsa eğer, adamlar para kazanma uğruna yaşlıları- çocukları her yaştan insanı hasta kategorisine koymaktalar. Örneğin mümessilin önerdiği yeni nesil bir ağrı kesiciyi hastanın hiç gereği yokken yazabiliyorlar.”* demiş ve durumun vahametini vurgulamıştır. Tam tersini düşünen Nevzat Bey, *“2010 ve öncesine kadar hekim- firma ilişkileri sıkıydı. Artık devlet 165 lira üstü herhangi bir tanıtım malzemesi verilmesine izin vermiyor. Kongreler de sayılı: hekim 2 tane yurtiçi 2 tane yurt dışı kongreye gidebilir. Bunun da en fazla 2 tanesini 1 firma karşılayabilir. Eskiden bu daha fazlaydı şu an önü kısıtlandı. Ama artık devlet etken maddesi aynı olup ucuz olan ilacı ödüyor.”* diyerek aradaki ilişkilerin kısıtlandığını belirtmiştir. Katılımcıların diğer görüşleri de aşağıdaki gibidir.

İlaç mümessilleri ve hekimler arasındaki ilişki: artık bakanlık sınırlama getirdi o konuya. Bilimsel olma koşuluyla bir kongre ya da program için destek oluyorlar, önceki kadar ciddi hediyeler artık yok (Elif Hanım, Eczacı).

Mümessil-hekim ilişkileri çok sıkı. Ve hekimler genellikle tanıtılan ilacın etken maddesiyle ilgilenmek yerine beni şuraya götür bana şunları al gibi istekleri maalesef ki var. Yani amaç tamamen ticari ve kota doldurmaya dayalı. Tabi eskisi kadar gelip gidemiyorlar biraz daha kısıtlama getirildi (Nuray Hanım, Askeri Hemşire).

İlaç mümessili- hekim ilişkileri dostane bir ilişki, her ne kadar hekimler kabul etmese de. Bu durum ilaç yazmayı ve kullanmayı etkiliyor (Ayşe Hanım, Yrd. Doç. Dr.).

7. Halkın Bilinçsizliği

Halkın bilinçsizliği başlığı altında katılımcılar, halkın sağlık bilgisinin olmamasından ve de kişilerdeki bilinç yetersizliğinden bahsetmişlerdir. Ayrıca hekimin söylediğine kulak asmama gibi bir etkenin de olduğu belirtilmiştir.

Katılımcılardan Nevzat Bey, “Gelişmiş dünya ülkelerinde ilaç kullanımı konusunda eğitim veriliyor. Ama bizde biraz geri bu konu. Yeni yeni başladı, ilaç eğitimi örneğin ilkokul seviyesine indi. Asıl sorun şu aslında: biz ilaç kullanmayı bilmiyoruz. Eğitim en önemli sorun. Çünkü firma bir ülkeye ilaç satmak için giriyor. Ve sen elindeki ilacı her seferinde bitirmeden atarsan ve her hastalık tekrarında yine ilaç almaya kalkarsan orda kendimizde de aramamız gerekir sorunu. Biz bunun tüketimini yapmasak onlar da satılmadığını göreceği için burada işi kalmamış olur. Yani kimse bizim cebimize zorla ilaç koymuyor al bunu kullan diye.” demiş ve eğitimin en önemli unsur olduğunu vurgulamıştır. Nezaket Hanım da, “Halk cahil. Bütün beden olarak bakılırsa her organın bir kök hücresi var. Yani herhangi bir organ rahatsızlandığında ya da olumsuz bir hal aldığında kök hücre devreye girip vücut kendini yenileyebiliyor. Fakat kimse bunun farkında değil. Kişiler otomatik olarak ilaçlara yöneliyor. Örneğin ben bir seferinde kanser hastasına boş serum (etken maddesiz) bağladım. Ve iyi hissettiğini söyledi. Ve sordular; bu ilaç Amerika’dan mı geldi, yeni mi? diye. Halbuki insanların tek sıkıntısı inanmak. İnanmadığımız ve kendimizi ilaç kullanmadan iyileşemeyeceğimizi düşündüğümüz için hasta oluyoruz.” diyerek eğitim ve inanmanın aslında çok şey ifade ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların diğer görüşleri de aşağıdaki gibidir.

Bilinçsiz kullanımdan kaynaklanıyor. Hekim yazmadan insanlar kendi kafasına göre ağrı kesici- antibiyotik kullanabiliyorlar (Tunç Bey, ATT-Aile Hekimliği).

Anneler çocuklarına dahi ilaç kullanmadan özellikle de antibiyotik almadan asla iyileşemeyeceğini düşündükleri için ilk etapta hemen ilaçlara başvuruyorlar. Bilinçsiz ilaç kullanımının en etkin ayağı bana göre hastalar. En ufak akut rahatsızlıklarda bile örneğin gribal enfeksiyonlarda hemen hasta olduğunu düşünüp ilk olarak antibiyotiğe başvuran insanlar var maalesef. Bazı anneler de var ki çocuğunun ateşi çıktığı zaman kullanması söylenen ilaçları daha bir şey yokken kullanıyor ki ateşi çıkmasın. Aslında kullanmaması bile gerekirken hemen dayıyor antibiyotiği, küçücük bebek de dahi savunma geliştiriyor antibiyotiğe karşı durup dururken. Antibiyotikler = sihirli değnek zannediliyor. Şuanda 4. Kuşak antibiyotikler kullanılmakta ülkemizde. Bunun da sebebi şu: en ufak bir akciğer enfeksiyonunda ya da solunum yolları enfeksiyonunda direk gidip de antibiyotik yazarsan hastaya ki genellikle bu 2. 3. grup antibiyotikler oluyor. Çünkü vücudun dirençli olduğunu göz önünde bulundurarak hekim ilk kuşaktan antibiyotik yazmıyor. Aslında anlatılıyor hastaya, antibiyotiklerin vücuda verdiği hasar, karaciğerin gereksiz yere fazla yorulması dillendiriliyor. Fakat halkımızda şu var: bir an önce iyileştirsın de boş ver gerisini (Nuray Hanım, Askeri Hemşire).

Toplumsal anlamdaki ilaç kullanımında bilinçsizlik aşırı ve gereksiz kullanımı tetikliyor (Nur Hanım, Hemşire).

Bilinçsizlik, sağlık konusunda yeterli eğitimin olmaması, hemen hastalığın ilaç alınarak geçeceğini zannetme (eğitimsizlik) gibi etmenlere bağlayabiliriz. Sonuçta sağlıkla ilgili yetersiz bilgiye sahip olmak bu sonucu doğuruyor (Tahsin Bey, Göğüs Hastalıkları A.B.D.).

4.2.2.2. Gereksiz/Aşırı İlaç Kullanımının Kısa ve Uzun Vadede Etkilerine Yönelik Bulgular

İkinci kısımda, katılımcıların gereksiz/aşırı ilaç kullanımının kısa ve uzun vadede etkilerine ilişkin verdikleri cevaplardan elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Genel olarak; “İlaç Kullanımının Yan Etkileri” ve “İlaç Kullanımından Doğan Olumlu-Olumsuz Sonuçlar” sorulmuş ve alınan cevaplara göre de temalar belirlenmiştir.

Beş ana tema altında birleştirilen gereksiz/ aşırı ilaç kullanımının kısa ve uzun vadede etkileri sırasıyla şu şekilde belirlenmiştir: ”İlaç-İlaç Etkileşimleri Farkındalığı”, “Vücudun Direnç Geliştirmesi”, “Gereksiz Sağlık Harcamaları”, “Belirli Organlarda Ortaya Çıkan Hasar ve Yetmezlikler” ve “Kısa Vadede Kendini Mutlu Hissetme”dir.

1. İlaç-İlaç Etkileşimleri Farkındalığı

İlaç kullanımının etkileri başlığı altında özellikle sorulan “hekimlerin ilaç- ilaç etkileşimlerinden haberdar olup olmadığı” sorusuna katılımcıların bir kısmı dikkat edildiğini belirtirken bir kısmı da hekimlerin bunu sorgulayacak vakitlerinin olmadığını belirtmiştir.

Katılımcılardan Nezaket Hanım, *“Hekimler ilaç etkileşimlerinden haberdarlar. Hastanın elinde var olan ve hâlihazırda kullandığı ilaçlar sorgulanıyor. Yeni verilecek ilaçlar ile etkileşime girip girmeyeceği tartılıp ona göre ilaçlar yazılıyor.”* diyerek hekimlerin ilaç etkileşimlerini göz önünde bulundurduğunu belirtirken, aksini düşünen Ayşe Hanım, *“İlaç etkileşimleri; hekimler ilaç- ilaç etkileşimlerine dikkat etmiyorlar. Hastanın başka kronik rahatsızlığı olup olmadığı sorgulanmıyor. Hekim sorgulamaktansa hastanın kendi sorunlarını anlatmasını, söylemesini bekliyor. Ama o kadar dinleyecek kadar zamanı da yok performansına göre çalıştığı için.”* demiş ve hekimin performans baskısı yüzünden etkileşimleri dikkat etmediğini belirtmiştir. Katılımcılara ait diğer görüşler de aşağıda verilmiştir.

Hekimler ilaç-ilaç etkileşimlerinden haberdar. Kişiyi önceki hastalıklarıyla ve kullandığı ilaçları da hesap ederek yönlendiriyorlar. Tabi ki bu özel sektör için geçerli. Kamu hastanelerinde hekimin çok vakti olmadığı için çok sorguladığını düşünmüyorum, direkt olarak ilacı yazıp geçebiliyor (Filiz Hanım, Hemşire).

Hekimlerin en azından her hekimin hastalara bilgi verdiğini düşünmüyorum. Şöyle ki; eğer ilaç belirli organlara zarar verecekse hastaya bu uyarı yapılmıyor. Ya da ilaçlar hakkında doğrudan bak bu buraya iyi gelir ama fazlasından veya yanlış kullanımından kaçının diye (Nuray Hanım, Askeri Hemşire).

İlaç- ilaç etkileşimlerinden ya da doğrudan ağır bir ilacın yan etkisinin bile yeni bir hastalık ortaya çıkarma potansiyeli mevcuttur. Benim tanık olduğum; sadece o an var olan hastalığa göre değerlendirme yapılıyor. Daha önceden var olan ya da hastanın başından geçen hastalığın olup olmadığı ve o hastalık dâhilinde hangi ilaçları kullandığı sorgulanmıyor. Şu yapıyor; bir amca geldiğinde önceki kullandığı ilacı yazdırmaya geldiyse şayet söylediği ilacı kullanıp kullanmadığı sistemden kontrol edilebiliyor. Ona bakarak ilaç veriliyor (Tunç Bey, ATT-Aile Hekimliği).

İlaç- ilaç etkileşimlerinden farklı komplikasyonlar oluşabiliyor. Ama biz hastadan önceki ilaçlarını istediğimiz için yeni yazacağımız ilaçlarla etkileşime girip giremeyeceğini hesap edebiliyoruz. Aralıklı takip de ediliyor hastalar. Tabi biz dahiliye olarak böyle yapabiliyoruz ama her branş bu şekilde göz önünde bulunduruyor mudur burası soru işareti. Göz ardı edilen veya fark edilmeyen olabiliyordur (İbrahim Bey, Dahiliye Hekimi).

İlaç- ilaç etkileşimlerinden hekimler haberdar (Emine Hanım, Hemşire).

İlaç- ilaç etkileşimlerinden haberdar olup ona göre ilaç belirleyen hekimler var. Tabi ki bu konuda hastanın da yardımcı olması gerekiyor. Yani benim şu rahatsızlığım var ve onun için de şu ilaçları kullanıyorum diye (Elif Hanım, Eczacı).

İlaç- ilaç etkileşimleri konusunda biz hekimlere bilgi veriyoruz. Hekimler de buna dikkat ediyor (Nevzat Bey, Tıbbi Müessil).

İlaç -ilaç etkileşimlerini hekimler göz önünde bulundururlar (Nimet Hanım, Halk Sağlığı A.B.D.).

İlaç- ilaç etkileşimlerinden hastalıklar meydana gelebiliyor ama hekimler çoğunlukla bunu hastalara soruyor. Başka kullandığı ilaçlar varsa diye. Tabi aşırı yoğunluktan dolayı gözden kaçabilir. Hepsini tek tek göz önünde bulunduramayabilir (Nur, Hemşire).

2. Vücudun Direnç Geliştirmesi

Katılımcılara sorulan kısa ve uzun vadeli ilaç etkileşimleri sorusunda “vücudun direnç geliştirmesi” başlığı altında ele alınan konu genel olarak antibiyotikler olmuştur. Çoğunluğun vermiş olduğu cevaplara göre antibiyotiklerin fazla kullanımının vücutta direnç geliştirdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcılardan Nuray Hanım, *“Bana göre ilaç kullanıp vücudu dirençli hale getirmektense kullanmayıp bedeni dinlendirmek daha doğru. Son raddeye kadar bence ilaca başvurulmamalı. Özellikle antibiyotikler açısından bakılırsa vücudu 3. ve 4. kuşak antibiyotiklere karşı dirençli hale getirmektense hiç kullanmamak daha iyidir.”* diyerek ileri derece antibiyotik kullanımının verdiği hasara dikkat çekmiştir. Benzer şekilde Tahsin Bey, *“Bazı ilaçlar klinik semptomları kapatabiliyor. Yani ilk zaman ilaç kişiye iyi gelebiliyor fakat daha sonra daha dirençli semptomlar meydana geliyor. Antibiyotikler özellikle sistemi ve klinik tabloyu baskılıyor. İleride daha dirençli, ilaçlara tepkisiz kalan bir sistemi ortaya çıkarıyor.”* demiştir. Katılımcılara ait diğer görüşler de aşağıdaki gibidir.

Özellikle antibiyotikler için söylemek gerekirse; ileri vadede mikroplar hemen bağıışıklık kazanabiliyor. Ve her defasında bir öncekinden daha yüksek bir şey kullanmak zorundasınız (Elif Hanım, Eczacı).

Özellikle antibiyotikler için söylemek gerekirse uzun vadeli olarak direnç geliştirebiliyor vücut. Ve bir yerden sonra artık etki etmemeye başlıyor (Nur Hanım, Hemşire).

Sürekli antibiyotik kullandıkça dirençli mikroorganizmalar artıyor. Ve artık her defasında yeni geniş spektrumlu antibiyotikler kullanılmaya başlıyor (İbrahim Bey, Dâhiliye Hekimi).

Artık yetmiyor, ilaç kullandıkça özellikle ağrı kesici ve antibiyotiklerde direnç artıyor ve diğer kullanımda aynı gruptan bir ilaç kullanamıyorsun. Vücut otomatik olarak o ilacı tanıyor ve etkisiz hale getiriyor (Tunç Bey, ATT-Aile Hekimliği).

3. Gereksiz Sağlık Harcamaları

Gereksiz veya fazla doz ilaç alımının diğer bir ana başlığı da sağlık harcamaları olmuştur. Katılımcılar genel olarak gereksiz ve fazla ilaç kullanımının sağlık harcamalarını arttırdığını belirtmişlerdir.

Katılımcılardan Ayşe Hanım, “Sağlık harcamaları içerisinde ilaç giderleri en yüksek kalemdir. Herkesin evinin buzdolabı mini bir eczane konumundadır. Tarihi geçse de yenisini alıp koyuyoruz yine. Çünkü yine rahatsızlanabiliriz gözüyle bakıyoruz. Evde leblebi neyse ilaç da o bizim için. Tabi ki ülke olarak ilaca yaptığımız harcama yatırım harcamalarını örtüyor. Sağlığa yatırım yapmaktansa sürekli olarak cari harcamaları kapatmaya çalışıyoruz. Böyle olunca, yani yatırıma büyük oranda pay ayıramayınca da çoğu şey özel sektöre devredilmiş oluyor.” demiş ve ilaç harcamalarının ne kadar arttığını ve de ekonomiye ne denli etki ettiğini gözler önüne sermiştir. Benzer şekilde Nimet Hanım da, “Halk sağlığı bazında bakarsak konuya, ekonomik bir külfettir her kullanılan gereksiz ilaç. Sağlık harcamaları içinde de en büyük payın ilaç harcamaları olduğu göz önüne alınırsa gereksiz yere külfet demektir. Sonuçta zengin bir ülke değiliz.” demiştir. Katılımcılara ait diğer görüşler de aşağıdaki gibidir.

İlaçlar genel olarak bakıldığında ekonomik bir külfet. Çünkü bir ilaç çok ucuz değil ve bunun büyük bir miktarını sigorta kurumları karşılıyor. Ve bizim halkımızda şu var: kendisine alamadığı, yapamadığı her şeyi çocuğuna yapmaya çalışır. Bunun ilaçtaki gibi benzer olumsuz sonuçları da oluyor. Çocuğu hastaysa ne edip edip o ilacı illa ki alıyor. Çok ağır kronik bir hastalık olmasa dahi. Çocuğunun kısa sürede iyileşmesini istediği için ilacı almakta da kullanmakta da çekinmiyorlar. İlaça yaptığı harcamayı göz önünde bulundurmuyor. Ya da istirahat ya da evde uygulanabilecek basit bir çay çorbayla geçirmek istemiyor (Nuray Hanım, Askeri Hemşire).

Tabii ki artan ilaç kullanımı ciddi ekonomik külfet. Sağlık ekonomisini de olumsuz etkiliyor (Emine Hanım, Hemşire).

İlaçlar büyük oranlı olarak devlet ödemesi altında olduğu için devlete de zarar veriyor (Tahsin Bey, Göğüs Hastalıkları A.B.D.).

Ülke ekonomisine olumsuz etkileri oluyor (Filiz Hanım, Hemşire).

İlaç harcamaları ekonomiye de büyük bir yük (Nezaket Hanım, Acil Tıp A.B.D.).

4. Belirli Organlarda Ortaya Çıkan Hasar ve Yetmezlikler

Katılımcılar gereksiz veya fazla ilaç kullanımının etkileri arasında belirli organlardaki hasar ve yetmezliklere de değinmişlerdir. Özellikle bu konuda karaciğer ve böbrek hasarlarının belirleyici olduğu söylenebilir.

Katılımcılardan Nezaket Hanım, *“Fazla kullanılan ağrı kesiciler böbrek yetmezliğine ve tansiyon hastalıklarına sebep oluyor. Mide için kullanılan ilaçlar da mide asit salgısını baskılayıp, akciğer ve bağırsak enfeksiyonlarına sebep olabiliyor. Her ilaç zehirdir aslında, önemli olan sadece dozudur. Böyle bakıldığında doğru endikasyon, doğru doz çok önemlidir. Her hasta için ilaç kullanılmamalı, özellikle de akut rahatsızlıklar için.”* diyerek ilaçların fazla kullanımından doğabilecek zararları üzerinde durmuştur. Benzer şekilde Emine Hanım da, *“Bilinçsiz ilaç kullanımı hastada böbrek yetmezliği yapabilir. Görme bozukluğuna sebep olabilir, çok fazla ve çeşitli advers etki yapabilir. Kısa vadede şok geçirtip ölüme de neden olabilir. Uzun vadede organ yetmezliklerine ve karaciğer yetmezliğine sebep olabilir.”* demiş ve durumun ciddiyetini ortaya koymuştur.

Antibiyotik özellikle böbreği çok yoruyor. Aşırı kullanımında böbrekler ağır hasar görebiliyor. Diğer organlar hakeza, karaciğer, mide.. (Tunç Bey, ATT-Aile Hekimliği).

Uzun vadede ne tür etkileri var; böbrek ve karaciğer toksiteleri, mide bağırsak şikayetleri başlıca görülen yan etkiler (İbrahim Bey, Dahiliye Hekimi).

Uzun vadede ilaçlar böbrekler ve metabolizma üzerinde çok büyük olumsuzluklar oluşturabiliyor. Hastalıkların süresinin uzamasına sebep olabiliyor (Nur Hanım, Hemşire).

Tabi ki gereksiz yere alınan ilaçlar da organlar olumsuz etkileniyor. Karaciğer ve böbrekler bunların başlıcaları (Nimet Hanım, Halk Sağlığı A.B.D.).

Bazı ilaçların uzun vadede karaciğer enzimlerine olumsuz etkisi olabiliyor. Bu tarz ilaçların da 2-3 ayda bir gibi bir hekim kontrolü olması gerekiyor (Elif Hanım, Eczacı).

Gereksiz yere ya da fazla doz ilaç alımı iyatrojenik etki yapabiliyor. Yani istenmeyen etkiler geliyor. Özellikle yaşlı kesim her gün ağrı kesici kullanıyor. Alayım da en azından ağrı sızı çekmem diye. Tabi ki sonuç olarak karaciğere ağır geliyor alınan ilaçlar ve böbrek de süzmiyor zaten. Belirli süre sonra sinir sistemine de etki etmeye başlıyor. Ve mide koruyucu kullansanız dahi mideniz etkilenmeye başlıyor (Ayşe Hanım, Yrd. Doç. Dr).

5. Kısa Vadede Kendini Mutlu Hissetme

Uzun ve kısa vadede ilaç etkileri sorusunu olumsuzluklarının yanında bir de olumlu sonuçları sorgulanmıştır. Katılımcıların verdiği cevaplar doğrultusunda da “Kısa Vadede Kendini Mutlu Hissetme” başlığı oluşturulmuştur.

Katılımcılardan Nezaket Hanım, “*Kâr- zarar hesabı vardır verilen ilaçlarda. Eğer hastanın ilacı kullanmadığı zamanki hali kullandığı zamankinden daha kötüyse o zaman ilaç verilir.*” diyerek aslında hastanın olumlu sonuç almasına yönelik işlem yapıldığını belirtmiştir. Farklı bir görüş olarak Nuray Hanım, “*İlacın kısa sürede iyileştirdiğini düşünmüyorum. Bana göre ilaç kullanıp vücudu dirençli hale getirmektense kullanmayıp bedeni dinlendirmek daha doğru.*” demiştir. Diğer katılımcıların verdiği cevaplar da aşağıdaki gibidir.

Olumlu; yaşlılarımız ve çoğumuz belki de ilaç torbalarımızın olmasından memnunuz. Kendimizi o şekilde güvende hissediyoruz. Spor ve egzersizin de iş görebileceği yerler ve rahatsızlıklar varken bir an önce ağrı kesilsin ya da kendimi mutlu hissedeyim diye ilaca yöneliyoruz. Kısa vadede olumlu şekilde geribildirim aldığımız için (Ayşe Hanım, Yrd. Doç. Dr).

Kolay erişim olarak bakılabilir ama ilaçları da yan etkisinin dozajına göre kullanmak gerekiyor. Ağrı kesici ise biraz daha masum gruplar var, böbreğe zarar vermeyen ilaçlar gibi, onlar tercih edilmeli (Elif Hanım, Eczacı).

Olumlu olarak belki hastaya geçici olarak bir fayda sağlıyor ama özellikle antibiyotikler için söylemek gerekirse uzun vadeli olarak direnç geliştirebiliyor vücut (Nur Hanım, Hemşire).

4.2.2.3. İlaç Kullanımındaki Artışın Toplumun Geleceği İçin Nasıl Bir Tehdit Oluşturduğuna Yönelik Bulgular

Üçüncü kısımda, katılımcılara “ilaç kullanımındaki artışın toplumun geleceği için nasıl bir tehdit oluşturduğu” sorulmuş, alınan cevaplara göre de temalar belirlenmiştir. Üç ana tema altında birleştirilen ilaç kullanımındaki artışın toplumun geleceği için oluşturduğu tehditler sırasıyla şu şekilde belirlenmiştir: “İlaç”, “Hastalık” ve “Ekonomi” dir.

1. İlaç

İlaç kullanımındaki artışın toplumun geleceği için oluşturduğu tehditler sorusu altında elde edilen bulgularda ilk başlık “ilaç” olmuştur. İlacın genel başlık olarak alınması katılımcıların ilaca dair farklı bakış açıları sunmalarından kaynaklanmaktadır.

Katılımcılardan Nezaket Hanım, “*Günümüzde artık başta ağrı kesiciler olmak üzere ilaçlar=leblebi.*” diyerek ilaçları adeta etkisizmişçesine kullandığımızı belirtmiştir. Farklı bir açıyla bakan Tıbbi Mümessil Nevzat Bey ise, “*Ne kadar çok talep varsa o kadar çok arz olur. Sağlık sektörü özellikle geleceğe yönelik çalışan bir sektör. Örneğin ben elimdeki 4. kuşak antibiyotiği bitirdim belki 5. ellerinde. Hastalık mı var al bu da ilacı diyecekler. Asıl sorun eğitim aslında. Çünkü firma bir ülkeye ilaç satmak için giriyor. Ve sen elindeki ilacı her seferinde bitirmeden atarsan ve her hastalık tekrarında yine ilaç almaya kalkarsan orda kendimizde de aramızda gerekir sorunu. Biz bunun tüketimini yapmasak onlar da satılmadığını göreceği için burada işi kalmamış olur. Yani kimse bizim cebimize zorla ilaç koymuyor al bunu kullan diye.*” demiş ve daha çok halk ile ilaç kullanımı arasındaki bilinçsizliği vurgulamış, bilinçsizlik devam ettiği sürece de ilacın bizim açımızdan tehdit unsuru olmaya devam edeceğini belirtmiştir. Katılımcılara ait diğer görüşler aşağıdaki gibidir.

Çok çürük bir nesil olmaya başladık. Bir yerden sonra ilaç bağımlılığı da olmaya başlayacak insanlarda (Ayşe Hanım, Yrd. Doç. Dr).

Artık enfeksiyonlar tedavi edilemez hale geliyor. Çünkü en uç antibiyotikler kullanımda. Haliyle hastalık ilerlediğinde başlayacak ilaç kalmıyor. Özellikle antibiyotik kan kültürüne bakılmadan kesinlikle başlanmamalı. Kültürle en azından hastanın hangi ilaçlara duyarlılığının olup olmadığı belirlenebiliyor (Emine Hanım, Hemşire).

Çok ilaç kullanıldığı için vücutta yan etkileri (karaciğere, böbreğe, diğer organlara) artıyor. İkincisi sürekli olarak daha kuvvetli antibiyotik kullanmak gerekiyor direnç geliştiği için. Bu durumda ileri derece hastalıkları tedavi etme güçleşiyor hatta imkansız hale geliyor (Tahsin Bey, Göğüs Hastalıkları A.B.D.).

Daha fazla ilaç kullanımında daha fazla hasar görmüş organlar gözlenecektir (Elif Hanım, Eczacı).

Sürekli antibiyotik kullandıkça dirençli mikroorganizmalar artıyor. Ve artık her defasında yeni geniş spektrumlu antibiyotikler kullanılmaya başlıyor. Bilinçsiz kullanım; karaciğer, böbrek yetmezliğine yol açabiliyor. Ağrı kesiciler özellikle mideye zarar verebiliyor. Kalıcı hasarlar meydana getiriyor (İbrahim Bey, Dahiliye Hekimi).

Gereksiz- fazla ilaç kullanmak ileri vadeli böbrek ve karaciğer yetmezliğine sebep oluyor. Özellikle antibiyotik böbreği emer bitirir. Ve vücudu da zaten tembelleştiriyor. Direnç gelişimine sebebiyet veriyor (Tunç Bey, ATT-Aile Hekimliği).

2. Hastalık

Katılımcılar “hastalık” başlığı altında genel olarak hastalıklarla uzun süre yaşam, yeni ve farklı hastalıkların ortaya çıkmaya başlaması ve de kronik hastalıkların artışı gibi tehditlerin varlığından bahsetmişlerdir.

Katılımcılardan Tunç Bey, hastalık başlığında yeni hastalıklara yeni ilaçların neden olduğunu belirtmiş ve şunları eklemiştir, *“Bu zamanda yeni ilaç yeni bir hastalık demektir. Bir grip hangi ülkeden yayılmışsa ya da hangi ülke böyle bir gribin varlığından haberdar etmişse ülkeyi, aşısı da ondadır. Hastalığıyla beraber çoktan dermanını da bulmuştur. Örneğin bir domuz gribi vakası bu şekilde ortaya çıktı. Adamlar zaten bilmem kaç milyon tane aşığı ürettikten sonra böyle bir salgının varlığından bahsettiler. Yani daha hastalık olmadan ilacı geliyor. Bu da demek oluyor ki bilerek insanlar hasta ediliyor.”* demiş ve hastalıkların biyolojik silah olarak kullanımına dikkat çekmiştir. Nur Hanım da, *“Hastalıkların süresi uzuyor. Bakterilerin, mikropların ve virüslerin direnci artıyor. Bu yüzden çok daha kapsamlı ilaçlar ve uzun süren hastalıklar türedi.”* diyerek adeta hastalıklarla baş etme direncimizin düştüğünü belirtmiştir. Diğer katılımcıların verdiği cevaplar da aşağıdaki gibidir.

Şehir geliştikçe, sanayi geliştikçe tüketim artıyor. Artık tarım bölgeleri de sanayileşmeye başladı ve sanayi atıkları haliyle sulara ve havaya karışıyor. Kişiler bu tarım ürünlerini aldıkça da hastalıklar çoğalıyor (Nevzat Bey, Tıbbi Mümessil).

Eskiden bir kronik hastalığı olan insan belirli süre sonra ölüyordu. Ama şuan hem kronik hastalıklar geri geldi hem de uzun süre hastalıkla yaşamak durumunda kalıyoruz. Geçmişte 50 yaşında hastalanan kişi 55’inde ölüyordu. Maksimum 5 sene ilaç ve hastane harcamalarınız oluyordu. Ama bugün 30 yaşında hastalanıyoruz, 74 yaşında ölüyoruz. Dolayısıyla 44 yıl ilaç kullanıyoruz. İş gücü verimliliğini de etkiliyor bu durum. Dışarı kendini iyi hissetmeyen verimsiz insan dolu. Kendini sağlıklı hisseden birey ancak ülkesi için verimli çalışıp kalkınmayı sağlayabilir. Sübjektif anlamda kendimizi iyi hissetmediğimiz için ilaç kullanımı da artıyor (Ayşe Hanım, Yrd. Doç. Dr).

3. Ekonomi

Son tema olan “ekonomi” başlığında katılımcılar ilaç harcamalarının fazlalığından ve harcamaların devlet açısından büyük bir külfet olmasından bahsetmişlerdir.

Katılımcılardan Nur Hanım, “*Kapsamlı ilaçların ve uzun süren hastalıkların türemesi sağlık giderlerini arttırıyor. Bu da ekonomiye büyük bir zarar veriyor.*” demiş ve kronik hastalıkların artışının ilaç harcamalarını da arttıracığını belirtmiştir. Aynı şekilde Elif Hanım da, “*Gereksiz/aşırı ilaç kullanımı ülke ekonomisine zarar demek.*” diyerek ilaç kullanımının artmasının ekonomik külfet haline geleceğini belirtmiştir. Katılımcılara ait diğer görüşler aşağıdaki gibidir.

İlaç kullanımları daha da artış gösterdikçe ekonomik anlamda da bir külfet olmaya başlayacak (Tunç Bey, ATT-Aile Hekimliği).

Gereksiz ilaç kullanımının sağlık harcamalarını arttırdığını temel alırsak ekonominin sağlığa ayırdığı pay zaten kısıtlı. Bunun içinde de ilaç harcamaları başı çekiyor. Yani özet şu; ilaç kullanımlarının daha da artması ekonomiyi zor durumda bırakacak demektir (Nuray Hanım, Askeri Hemşire).

Ülke ekonomisi için ciddi bir kayıp (Ayşe Hanım, Yrd. Doç. Dr).

Her yeni kuşak antibiyotik için hastalar zorlandığı müddetçe ülkeye dışardan gelecek ilaç daha maliyetli gelecektir. Bu da ekonomiye baskı yapar (Nevzat Bey, Tıbbi Müessil).

Bir önceki soruda da “gereksiz sağlık harcamaları” başlığında da dediğimiz gibi halk sağlı bazı bakıldığında aşırı ve dengesiz ilaç kullanımı ekonomik ağırlık demektir (Nimet Hanım, Halk Sağlığı A.B.D.).

İlaç kullanımındaki artışın toplumun geleceği açısından oluşturduğu tehditler adı altında sorulan ilaçsız yaşamın mümkün olup olmadığı sorusu bir kısım katılımcı tarafından mümkün görülmüş fakat çoğunluk tarafından da mümkün olmadığı sonucuna varılmıştır.

Katılımcılardan Emine Hanım, “İlaçsız yaşam artık mümkün değil. Uygun ilaçla uzun yaşama imkânı var. Çünkü doğayı mikrop açısından güçlendirdik. Bizden başka canlıları hep besledik.” demiştir. Benzer şekilde Nur Hanım da, “İlaçsız yaşam kişiden kişiye değişir. Gereksiz ilaç alımından kaçınan, sağlığına dikkat eden kişiler ilaçsız yaşam içinde olabilir. Belirli yaş grubunun üzerindeki kişiler ve kronik hastalar için tabii ki geçerli değil.” diyerek hastalığın türüne göre de bu durumun değişebileceğini belirtmiştir. Katılımcılara ait diğer görüşler de aşağıdaki gibidir.

İlaçsız yaşam mümkün değil. Uzun süre kaliteli yaşam sürmek için ilaç kaçınılmaz (Tahsin Bey, Göğüs Hastalıkları A.B.D.).

İlaçsız yaşam mümkün değil (Elif Hanım, Eczacı).

İlaçsız yaşam maalesef mümkün değil (Filiz Hanım, Hemşire).

İlaçsız yaşam mümkün değil. Ancak bilinçlendirilirse miktar azalabilir (Nimet Hanım, Halk Sağlığı A.B.D.).

İlaçsız yaşam mümkün değil (İbrahim Bey, Dahiliye Hekimi).

İlaçsız yaşam mümkün değil. Bazı bakteriyel rahatsızlıklarda ilaçsız devam etme durumu pek söz konusu değildir. Ama en azından daha doğru dozda ve doğru zamanda yeterli olacağı kadar kullanıldığında daha iyi olacağını düşünüyorum (Nuray Hanım, Askeri Hemşire).

İlaçsız yaşam mümkün değil. Akut rahatsızlıklarda örneğin bitkiler kullanılabilir ama tıbbi tamamen kocakarı ilaçlarına bağlayamazsın (Tunç Bey, ATT- Aile Hekimliği).

Güncel bir tartışma konusu olan “fitoterapi eğitilmiş hekimlerin bakanlık onaylı bitkisel ilaçları reçetelendirmeleri” başlığı katılımcılara da sorulmuştur. Bu konu kimi katılımcıya göre olumlu karşılanırken kimisine göre de farklı görüşler ortaya çıkmıştır.

Katılımcılardan Nezaket Hanım, “Bitkisel ilaçlar genellikle Tarım Bakanlığı onaylıdır. Asıl olması gereken Sağlık Bakanlığından onaylı olması.” diyerek onaylayan bakanlığa dikkat çekmiştir. Farklı bir görüş olarak Nuray Hanım ise, “Bitkisel ilaçlar kimyasal tabanlılara nazaran daha az zarar verir. Fakat tabii ki kimyasalların olduğu kadar bitkisel de aşırı ya da dengesiz dozda alındığında zarar verecektir. Bu durum bir yandan bitkisel ilaçların gözetimini ve dozunu ayarlayacak kişilere sorumluluk verecek bir yandan da halkın bitkisel diye daha fazla kullanmasının önüne geçmek için yine bilinçlendirme yapılması gerekecektir.” diyerek bitkisel de olsa aşırı dozun zarar verebileceğini, bilinçlendirmenin yapılması gerektiğini belirtmiştir. Diğer katılımcılara ait görüşler de aşağıda verilmiştir.

Bitkisel ilaçlara biz genellikle ön yargılıyız, mesafe koyuyoruz diyebilirim. Çünkü onların da fazla tüketimi zarar veriyor. Büyük ilaç devlerinin de derdi kâr sağlamak olduğu için yine boş durmayacaklardır (İbrahim Bey, Dahiliye Hekimi).

Bitkisel ilaçlar güzel olabilir. Fakat onların da özel merkezlerde yapılması gerekir. Uygulanıp denenmesi ve en azından fayda- zarar ayrımı yapılması gerekiyor. Bu da biraz daha zaman alabilecek bir şey (Nur Hanım, Hemşire).

Temelde bakıldığında ilaçlar da genel olarak bitkilerden elde ediliyor. Fakat sırf bitkiler olarak bakıldığında o ilaçların dozunu ayarlamak zor olur. Bitkisel olduğu için daha doğal ve dolayısıyla daha zararsız anlamına gelmiyor. Aksine bir tutamında kaç mg etken madde olduğu kesinlikle belirlenemez. Bitkisel olduğu için etkileşmeyeceği düşünülüyor ama kişinin rutinde kullandığı ilaçlarla çok ters etkiler oluşturabiliyor. Ve hasta hekimine çoğu zaman kullandığı bitkisel ilaçları söylemiyor. Zararsız olduğunu düşünüyor. Yani genel olarak halkı tamamen bitkisele yönlendirmemek gerekir (Nimet Hanım, Halk Sağlığı A.B.D.).

İlacı direkt almak yerine bitkisel tabi ki daha mantıklı. Kimyasaldansa doğal kullanmak her zaman tercih edilebilecek bir şeydir (Nevzat Bey, Tıbbi Mümessil).

Bitkisele kaymak gerekiyor. Fitoterapi eğitimiyle bitkisel ilaçlar yazılması bence iyi olacak. Kimyasallara ek olarak kullanılacak bitkisel ilaçlarla en azından kimyasalların dozu azalmış olacak (Filiz Hanım, Hemşire).

Böbrek bitkisel ilaçları süzmekte sıkıntı yaşayabilir. Bilimsel tek tek araştırma yapıp olumlu olumsuz tüm detayların sorgulanacağını da düşünmüyorum. Ki bir ilaç binlerce kişinin üzerinde denenmeli ki doğruluğuna inanılsın. Fitoterapide mucizevi şeyler beklemiyorum. Günlük tv kanallarında bir fitoterapist oluyor ve onlar halkı yeterince etkileyebiliyorlar. Ve kişiler oradaki söylemlerden etkilenip satın alma ve uygulama yoluna gidebiliyorlar. Ve biz millet olarak “biri yapmış kullanmış memnun kalmış biz de yapalım”ı seviyoruz (Ayşe Hanım, Yrd. Doç. Dr.).

4.2.2.4. Toplumun İlaç İle İçli Dışlı Olmasına Çözüm Önerileriniz Sorusundan Elde Edilen Bulgular

Dördüncü kısımda, katılımcılara “Toplumun ilaç ile içli dışlı olmasına çözüm önerileriniz var mı?” sorusu yöneltilmiş, alınan cevaplara göre de belirli temalar oluşturulmuştur. Beş ana tema altında birleştirilen toplumun ilaç ile içli dışlı olmasına çözüm önerileri sırasıyla şu şekilde belirlenmiştir: “Hasta-Hekim Bilinci-Eğitim”, “Hastaya Ayrılan Zaman”, “İlaç Ediminin Zorlaştırılması”, “Aile Hekimliği Uygulamasının Düzenlenmesi” ve “Sağlığın Ticarileştirilmesinin Önüne Geçilmesi”dir.

1. Hasta-Hekim Bilinci-Eğitim

“Hasta Bilinci” ve “Sağlık Eğitimi” üzerinde duran katılımcılar çoğunlukla gereksiz ilaç kullanımının ve ilaçla içli dışlı olmanın asıl kaynağının eğitimsizlik olduğunu vurgulamışlardır.

Katılımcılardan Nezaket Hanım, *“İnsanlar kendi vücutlarını okumamaya, kendilerine “oku” emri verilen mübareği başucundan indirip okumamaya devam ettikleri sürece tedaviyi dışarıda, eczanede, hastanede arar dururlar. Örneğin ben bir seferinde kanser hastasına boş serum (etken maddesiz) bağladım. Ve iyi hissettiğini söyledi. Ve sordular; bu ilaç Amerika’dan mı geldi, yeni mi? Hâlbuki insanların tek sıkıntısı inanmak. İnanmadığımız ve kendimizi ilaç kullanmadan iyileşemeyeceğimizi düşündüğümüz için hasta oluyoruz.”* diyerek inanmanın aslında birçok şeyi çözebileceğini vurgulamıştır. Nuray Hanım da her rahatsızlıkta ilaca başvurmadan da iyileşebileceğimizi ele alarak şunları belirtmiştir, *“Toplumsal olarak daha çok ilaçla değil de örneğin c vitamini tüketimiyle bazı küçük rahatsızlıkların giderilebileceğini öğrenmemiz gerekiyor. Ciddi oranda ilaçların karaciğere verdiği zararı ve insan sağlığı üzerindeki diğer zararlarının açıklandığı bilgilendirilebildiği bir sistem daha yararlı olacaktır. İnsanlar ilaçları leblebi gibi hem de hiç sektirmeden kullanıyorlar ama zararlarından bihaberler. Bilinçlendirme- bilgilendirme ile belki de gereksiz ve fazla kullanımların önüne geçilebilir”*. Katılımcılara ait diğer görüşler de aşağıdaki gibidir.

Toplumda ne kadar fazla ilaç o kadar iyi tedavi anlayışı var. Bu da doğrudan ilaç kullanımına yönlüyor. Öncelikle hasta ve hekimlerin bu konuda bilinçlendirilmesi gerekiyor (Emine Hanım, Hemşire).

Halkın eğitimi çok önemli, sağlık bilgisi eğitimi önemli. Hekimlerin, sağlıkçıların halkı eğitmesi, bilgilendirmesi lazım. Özellikle antibiyotikler, ateş düşürücüler ve ağrı kesiciler hakkında bilgiler verilmeli (Tahsin Bey, Göğüs Hastalıkları A.B.D.).

Hasta olmadan kendimize iyi bakmamız gerekiyor. Vücut alarm veriyor aslında, herkes kendi bedenini okuyabilse biraz daha hastalıklara karşı savunabiliriz. Bu da haliyle eğitimden, eğitmekten geçiyor (Elif Hanım, Eczacı).

İlaç ve sağlık bilgisinin halka aşılması gerekir. Eğitim şart. İlacı ne için kullanacağı ne zaman ve ne kadar kullanması gerektiği konusunda illa ki eğitim verilmeli (İlaç kullanım bilgisi) İş insanlarda bitiyor. İlkokullardan itibaren bilinçlendirme yapılması gerekiyor (Nevzat Bey, Tıbbi Müessil).

Her seferinde ilaca başvurmamak lazım. İstisnai ilaçlar neyse ama basit rahatsızlıklarda bile hemen ilaca yönelmemeli insanlar. Bunun için eğitim şart (Filiz Hanım, Hemşire).

En başından beri dediğim gibi sağlık eğitimi çok önemli. Halkın koruyucu sağlık hizmetlerinin önemini anlaması gerekiyor. Sistem olarak kişilerin sağlığını geri getirmek için uğraşılmalı (Nimet Hanım, Halk Sağlığı A.B.D.).

Hastanın bilinçlendirilmesi çok önemli. Özellikle halk sağlığı müdürlükleri bu konularda eğitimler verebilir. Sağlık Bakanlığının bu eğitim konusuna ciddi bir şekilde eğilmesi gerekiyor. Eğitim şart! (Nur Hanım, Hemşire).

2. Hastaya Ayrılan Zaman

Günümüzde performans sisteminin de etkisiyle hekimler hastalarına gerekli vakti ayıramamaktadır. Günlük belirli sayıda hasta bakma yükümlülüğü olan hekimlerin çok kısa zamanda hastayı muayene etmesi beklenmektedir. Bu nedenle katılımcılar da çözüm önerisi açısından hastaya ayrılan zamanın uzatılması konusunu ele almışlardır.

Katılımcılardan Tahsin Bey, *“Zaman yeterli olmadığı için genelde, çok hasta bakıldığı için ilaçlarla ilgili çok yeterli açıklamalar yapılamıyor. Bunun için hastaya 15-20 dk ayırmak gerekir. Bu da sağlık sisteminden kaynaklanan bir şey. Hastaya yeterli vakit ayrılabilmesi gerekiyor.”* diyerek zaman kısıtlılığının ilaç kullanımını arttırdığını belirtmiştir. Benzer şekilde Emine Hanım da, *“Hekim günde 50 hastaya adam akıllı vakit ayıracak, 250 hastaya bakmaya kalkarsa orda sistem çöküyor.”* demiştir. Diğer katılımcılara ait görüşler de aşağıdaki gibidir.

Sağlık sistemi dâhilindeki politikalar düzenlenmeli. Özellikle performans sisteminin neden olduğu 5- 10 dakikada hasta bakım süresinin uzatılması gerekiyor (Nezaket Hanım, Acil Tıp A.B.D.).

Hekimlerin keşke bir hastaya ayıracağı vakit daha geniş olsa da tek tek ilaçları hakkında bilgi verilse, ya da burada bir hekimin 5 dakikada yaptığını aile hekimleri de yapabilse hastaya daha faydalı olur. Daha az hasta daha çok zaman çözüm olabilir (İbrahim Bey, Dahiliye Hekimi).

Halk sağlığı göz önünde bulundurularak koruyucu hekimliğin önemi hastalara aşılmalı. Tabi bir diğer konu da hekimlerin hastalara geniş vakit ayrılabilmesi (Nimet Hanım, Halk Sağlığı A.B.D.).

3. İlaç Ediniminin Zorlaştırılması

İlaçla içli dışlı olmanın bir diğer nedeni olarak “ilaç erişiminin kolaylığı” vurgulanmıştır. Katılımcıların bir kısmı erişimin kolay olmasından dolayı fazla ilaç kullanıldığını düşünürken, bir kısmı da erişimin eskiye nazaran kısıtlandığını belirtmiştir.

Katılımcılardan Elif Hanım, “*Kişinin elinde ilaç varken sistem ilaç vermeye kapıyor aynı kişiye. Hekimler da artık eskisi gibi değil, kulaktan duyma bir şekilde gelip ilaç yazdırmak isteyen herkese ilaç yazmıyorlar. Onların hastalığa göre verdikleri ilaçlar da liste edilip inceleniyor.*” söylemiyle ilaca getirilen kısıtlamadan bahsetmiştir. Fakat Elif Hanım’ın tersine Nezaket Hanım hâlâ daha reçetesiz ilaç alınabilmesinden dolayı ilacın kısıtlandığını düşünmemektedir; “*İlaç edinimi reçetesiz daha ucuza geliyor. Bir ilacı reçeteyle almaya kalksanız en az 5 lira muayene ücreti veriyorsunuz. Üstüne tabii ki ilacın da ücreti biniyor. Yani hasta reçetesiz de ilacını gayet ucuza elde ettiği için reçeteye lüzum görmüyor, hekimi de önemsemiyor.*” Katılımcılara ait diğer görüşler de aşağıdaki gibidir.

Reçetesiz ilaç kesinlikle verilmemeli. Toplumda ne kadar fazla ilaç o kadar iyi tedavi anlayışı var. Bu da doğrudan ilaç kullanımına yöneltiyor (Emine Hanım, Hemşire).

İlaça erişim biraz da olsa kısıtlandırılabilir. Fakat bu durumda da gerçekten ihtiyacı olan kişiler mağdur olabilecekleri için getirilecek olan bu tarz uygulamalara daha ince ayarlar verilmesi gerekiyor (Nimet Hanım, Halk Sağlığı A.B.D.).

Antidepresanları da artık sadece psikiyatristler yazmıyor. Yeri geliyor iç hastalıkları yeri geliyor nörologlar da ilaç reçete edebiliyorlar (İbrahim Bey, Dahiliye Hekimi).

Bazen bakanlık bir yazıyla bazı ilaçların sadece bazı birimlerce yazılması gerektiğine dair bilgi verebiliyor. Kısıtlama getirebiliyor. Eczaneden de aynı şekilde reçetesiz ilaç alınamaması olumlu durumlar (İbrahim Bey, Dahiliye Hekimi).

Aslında güzel bir uygulama getirildi. Örneğin hastalar reçetesiz bir şekilde gidip her istediği ilacı alamıyor artık. Sınırlama getirildi. Ve 10 günü aşan ilaçlar eczanede verilmiyor. En azından hastanın elindeki ilaç bitmeden tekrarı verilmiyor. Bu güzel bir uygulama. Ve bu tür uygulamalar sayesinde gereksiz veya fazla ilaç kullanımının da önüne geçilebileceğini düşünüyorum (Nuray Hanım, Askeri Hemşire).

Artık antibiyotikler eczanelerden reçetesiz bir şekilde temin edilemiyor ona kısıtlama getirildi (Nevzat Bey, Tıbbi Mümessil).

4. Aile Hekimliği Uygulamasının Düzenlenmesi

Katılımcıların vermiş olduğu önerilerden bir diğeri de “Aile Hekimliği Uygulaması”dır. Burada özellikle değerlendirilen noktalar; aile sağlığı merkezlerinin ilaç yazım merkezleri olarak görülmesi ve de bilgilendirme-bilinçlendirmenin gereğince yapılmamasıdır.

Katılımcılardan Emine Hanım, “Bizde aile hekimliği sadece ilaç reçete etmeye yarıyor. Ülkemizde örneğin bir ildeki mahalleye bir aile hekimi atanıyor ve hekimin yaklaşık 4000 kişiye müdahale etmesi bekleniyor. Bu zaten mümkün değil. Bu konuya yönelik politika geliştirilmeli. En azından ekonomik desteğe ek olarak fiziksel koşullar da sağlanmalı. Sağlık ocağı küçük çaplı da olsa bazı tetkikleri yapabilmeli. Yapamadığı için doğrudan ilaca yükleniliyor. Haliyle fazla ve gereksiz ilaç kullanımı kaçınılmaz. Çünkü ayırıcı tanı konulmadan ilaç başlanıyor.” demiştir. Benzer şekilde Nezaket Hanım, “Sağlık sistemi dâhilindeki politikalar düzenlenmeli. Aile hekimliği örneğin daha etkin kullanılabilir (ilaç yazdırma dışında).” diyerek aile hekimliklerinin düzenlenmesi gerektiğini vurgulamıştır. Diğer katılımcılara ait görüşler de aşağıdaki gibidir.

Aile sağlığı merkezleri de buna destek olarak hangi ilaçları kullanıp kullanmadığı, evinde ne tür ilaçlar barındıklarını sorgulayıp bilgi verebilir (Nur Hanım, Hemşire).

Bunu aile hekimleri açısından bakarsak asıl yapılması gereken bana göre aile hekimlerinin artırılması. 2000 nüfuslu bir yerleşim yerine 2 hekim çok az. Bu hekimler arttırılmalı ki aile hekimliği ilaç reçeteleme yeri olmaktan çıksın. En azından ilaçlar hakkında bilgilendirme- bilinçlendirme yapılabilir (Tunç Bey, ATT-Aile Hekimliği).

Aile sağlığı merkezleri halkın ilaç yazdırmak için başvurduğu yerler artık. Bunun önüne geçmek gerekiyor (Nuray Hanım, Askeri Hemşire).

5. Sağlığın Ticarileştirilmesinin Önüne Geçilmesi

Son zamanlarda kısa zamanlı çıkan griplere karşılık aşların pazarlanması, mümessil-hekim ilişkileri gibi konular katılımcıların da çözüm önerisi için sundukları konular olmuştur. Tabii sağlığın toplumumuz açısından her zaman zaaf olması da etkin rol üstlenmektedir.

Katılımcılardan Tunç Bey, *“Tüm toplum olarak şu bir gerçek ki sağlık bizim zaafımız. Hekim de olsa ilaç firması da olsa istediği kadar ilaç kullanıdırabiliyor. Söz konusu sağlık diye hasta sesini çıkaramıyor, kullanmak durumunda kalıyor.”* diyerek sağlığa karşı toplumumuzun dirençsiz olduğunu ve dışarıdan gelebilecek ticari etkilere de açık olduğunu belirtmiştir. Benzer şekilde Nuray Hanım da aşları göz önünde tutarak şunları söylemiştir; *“Örnek olarak açıklamak gerekirse aslında bir grip aşısı gribe karşı kullanılmalı. Fakat bugün çoğu alanda bu tam tersi bir şekilde ilerliyor. Yani ileri gelen ülkelerin kendilerinden geri ülkelere karşı bir üstünlük gösterisi gibi bir durumdur bu. Özetle bu durum artık sağlığın ticarileştirilmekte olan bir sektör haline geldiğini bizlere açık bir şekilde gösteriyor.”* Katılımcılara ait diğer görüşler de aşağıdaki gibidir.

Hastayı müşteri haline getiren sistem düzenlenmeli (Nezaket Hanım, Acil Tıp A.B.D.).

Olmuşa karşı aşı üretebilirsin. Geçmişte yaşanan herhangi bir tür gribe karşı aşı etkindir, ona göre geliştirilir. Ama örneğin bir domuz gribi vakasında salgın olduktan hemen sonra aşı elimize ulaştı. Yani bu demek oluyor ki grip türüyle birlikte aşısı da aynı anda geliştirildi. Bu, büyük ülkelerin küçük ülkelere karşı açtığı biyolojik bir silahtır. Her zaman topla tüfekte savaş açılmaz, sağlık her milletin her kesiminde zaaftır. Bu yönüyle de sağlığın kullanılmakta olduğu sonucuna ulaşılabilir (Nezaket Hanım, Acil Tıp A.B.D.).

Hasta sistem doğrultusunda önce sağlık ocağına gidiyor. Hekim 1 veya 2 değil 3. kuşak antibiyotik başlıyor. Daha da hastalık ilerlediğinde son kuşak antibiyotiklere kadar yazılıyor. Sırasına göre değil yani. İleri vadede hasta ölüme terkedilmiş oluyor. Bunda ilaç şirketlerinin hekimlerle olan münasebeti çok etkili oluyor. Direk olarak tanıtılan ilacı 3. kuşak bir antibiyotik dahi olsa yazabiliyor. Bu da gereksiz ve fazla ilaç kullanımına sebep. Reprezant sistemi kaldırılıp uygun sağlık uygulamaları getirilmeli. Özet olarak ticaretin artık bu sistemden çekilmesi gerekiyor (Emine Hanım, Hemşire).

4.3. TARTIŞMA

Araştırma, karma yöntemli bir araştırma olduğu ve hem nicel verilerin analizi hem de nitel verilerin analizi bulunduğu için tartışma kısmının birbirinden bağımsız olmayan iki bölümden oluşması uygun görülmüştür. Böylelikle ilk bölümde, nicel verilerden elde edilen bulguların analizi nitel araştırma analiziyle desteklenecek ikinci bölümde ise, nitel verilerin analizi başlı başına ele alınarak değerlendirilecektir.

1. Nicel Verilerin Nitel Veri Desteğiyle Değerlendirilmesi

Hekimin yazdığı her ilacın kullanılıp kullanılmadığının baz alındığı ilk soruda katılımcılar %52 oranında hekimin yazdığı ilaçları kullandığını belirtmiş, fakat buradan çıkan sonuç, hekimin az ilaç yazmasına göre tercih sebebi olup olmadığı sorusundan elde edilen verilerle eşleşmemiştir. Şöyle ki; hekim tercihinde az ilaç yazan hekimin tercih nedeni olup olmadığına dayalı elde edilen bulgulara, evet diyenlerin oranı %39 olarak kaydedilmiştir. Özellikle lise düzeyindeki kişilerin üniversite düzeyindeki kişilere oranla az ilaç yazan hekim tercihlerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun sebebi olarak, eğitim düzeyinin en yüksek olduğu üniversite düzeyi kişilerde bilincin de yüksek olacağı göz önünde bulundurulursa, bu kişilerde hekimin az ilaç yazıp yazmamasının tercih kararlarını etkilemediği sonucuna varılabilir.

Araştırmanın nitel kısmı olan görüşmede bu konuyla ilgili Mümessil Nevzat Bey görüşünü şu şekilde belirtmiştir; *“Hastalar en küçük rahatsızlıkta dahi ilaç (antibiyotik) yazmasını istediği için hekim yazmak zorunda. Çünkü hastaya gerekli olmadığı konusunda ikna edemiyorsun. Hekimlerin en çok zorda kaldıkları durum bu. Hasta da düzenli kullanmıyor zaten.”*

Sonuç olarak; ankete katılan kişilerin her ne kadar az ilaç yazan hekimi tercih ettikleri görülse de aslında gerçek yaşanan olayların Nevzat Bey’in belirttiği şekilde gözlemlendiği maalesef ki bilinen bir durumdur. Yani, düşünsel anlamda toplum olarak az ilaç yazan hekim tercih nedenimiz olsa da uygulamada bu durumun çok da geçerli olmadığı görülmektedir.

Yazılan ilaç hakkında hekim ve eczaneden bilgi alınıp alınmadığına dair yöneltilen diğer iki soruda alınan cevaplar sırasıyla (%55, %57) “evet” olmuştur. Katılımcılara beşinci sırada sorulan, alınan ilacın prospektüsünün okunup okunmadığına dair sorudan elde edilen sonuca göre de çoğunluk olarak prospektüslerin okunduğu gözlenmiştir. Özellikle; yaş, öğrenim durumu, ikamet yeri ve hastalık durumu değişkenlerinde anlamlı sonuçlara ulaşılmıştır ($p<0.05$). Örneğin, 40 yaş ve üzeri grupta, ikamet yeri olarak köylerde, herhangi bir hastalığı olanlarda ve sürekli ilaç kullanan katılımcılarda diğerlerine oranla prospektüs okuma oranı düşük çıkmıştır. Benzer şekilde Ankara’da yapılan bir çalışmada (Özkan vd., 2005: 234) öğrenim düzeyi azaldıkça, ilaçların prospektüslerini okuma oranı da azalmaktadır.

Katılımcıların ilacın fayda/zarar/yan etkilerine dikkat edip etmediklerine dayalı elde edilen bulgularda katılımcıların büyük bir bölümü ilacın çeşitli etkilerine dikkat ettiğini belirtmiştir. Özellikle lise ve üniversite düzeyindeki kişilerin ilköğretim düzeyindeki kişilere oranla ilacın etkilerine daha çok dikkat ettiği gözlenmiştir. Yani, eğitim düzeyinin düşmesiyle ilaç bilincinin de azaldığı varsayılırsa bilinç yetersizliğinin toplumun belirli kişileri üzerinde olumsuz etki ortaya çıkarabileceği düşünülebilir.

Anket dâhilinde sorulan “hasta olunmadığı halde önlem/korunma amaçlı ilaç kullanılıp kullanılmadığı” sorusundan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, katılımcıların büyük çoğunluğunun önlem/korunma amaçlı ilaç kullanmadığı tespit edilmiştir. Fakat görüşmede bu konuyla ilgili Nuray Hanım; *“Bazı anneler de var ki çocuğunun ateşi çıktığı zaman kullanması söylenen ilaçları daha bir şey yokken kullanıyor ki ateşi çıkmasın. Aslında kullanmaması bile gerekirken hemen dayıyor antibiyotiği, küçücük bebek de dahi savunma geliştiriyor antibiyotiğe karşı dururken.”* demiş, ankette çıkan sonucun aslında uygulamada öyle olmadığını belirtmiştir.

Katılımcılara evde bulunsun diye ilaç yazdırıp yazdırmadıklarını sorulduğu diğer soruda da çoğunluk (%54.7) yazdırmadığını söylemiştir. Özellikle; evliler, ilköğretim düzeyindeki kişiler, herhangi bir hastalığı olanlar ve sürekli ilaç kullananlarda bu oran diğerlerine göre daha düşüktür. Hasta ve sürekli ilaç kullanan kişilerin evde her daim ilaç olmasını istedikleri normal karşılanabilir bir durum olabilirken diğer anlamlı sonuç veren değişkenlerde ise, evli olanların evde eşi ve çocuğu için kullanılabilecek ilaç bulundurduğu yine sağlık eğitiminin en düşük olduğu düşünülen ilköğretim düzeyindeki kişilerin de evde elinin altında bulunsun diye ilaç yazdırabileceği sonucuna ulaşılabilir.

Görüşmede bu konuyla ilgili Ayşe Hanım, *“Herkesin evinin buzdolabı mini bir eczane konumundadır. Tarihi geçse de yenisini alıp koyuyoruz yine. Çünkü yine rahatsızlanabiliriz gözüyle bakıyoruz. Evde leblebi neyse ilaç da o bizim için.”* diyerek sağlık ve ilaç bilgisinin yetersizliğinin görünen şekillerini ortaya koymuştur.

Anket dâhilinde katılımcılara sorulan dokuz, on ve on birinci sorulardan; katılımcıların başkası adına ilaç yazdırmadıkları, sırf ilaç yazdırmak için hekime başvurmadıkları, kullanmadığı halde ilaç bulundurmadıkları görülmüştür. Sırf ilaç yazdırmak için hekime başvuranlar arasında; 40 yaş ve üzeri gruptakiler, ilköğretim düzeyindekiler, hastalığı olup kronik rahatsızlığı bulunanlar ve sürekli ilaç kullananlar bulunmaktadır. On ikinci soru dâhilinde, bir yerden bir yere giderken yanlarına ilaç alıp almadıkları sorulduğunda ise özellikle ilköğretim düzeyindeki kişilerin, hastalığı olup kronik rahatsızlığı bulunanların ve sürekli ilaç kullananların yanına ilaç aldıkları görülmüştür.

Medyanın ilaç kullanmayı etkileyip etkilemediğinin sorulduğu soruda katılımcılar kararsız kalmış “evet”, “hayır” ve “bazen” üçlüsünde net bir karara varılamadığı görülmüştür. Fakat araştırmanın nitel kısmında medyanın ilaç kullanmayı etkilediği yapılan görüşmelerden anlaşılmıştır. Örneğin Ayşe Hanım; *“İlaç reklamları ilaç kullanımını olumlu yönde etkiliyor. Sosyal medya; zayıflamak için, anti aging için her konuda ilaç kullanımını destekliyor ve ona göre propagandalar yapılıyor.”* demiş ve medyanın etkinliğini belirtmiştir. Sonuç olarak, ankete katılanlar her ne kadar kararsız kalsa da medyanın ilaç kullanımında etkisinin olduğu aşîkârdır.

Medyanın etkinliğinin bir diğer örneğine de hastalık tacirlerinin insanlara fütursuzca ilaç satmaya çalıştıklarını konu alan Satılık Hastalıklar kitabında rastlanmaktadır; *“Manşet açlığı çeken medyanın da desteğiyle, “en yeni” hastalıkların yayıldığı, ciddileştiği fakat en son model ilaçlarla tedavi edilebildiği kafalarımıza kazınıyor”* (Moynihan ve Cassels, 2010: 13).

Katılımcılara ilaç kullanmayı sevip sevmedikleri sorulduğunda, katılımcıların büyük çoğunluğu (%78) ilaç kullanmayı sevmediğini belirtmiştir. Yine ilacın başka rahatsızlık oluşturabileceğinin düşünülüp düşünülmediğinin sorulduğu diğer soruda, %58’lik kısım ilacın bu şekilde etkisinden haberdar olduğunu belirtmiştir. Sonuç olarak, kişilerin ilacın masum olmadığına yönelik farkındalıklarının olduğundan bahsedilebilir.

İlacın yan etkileri dolayısıyla vücudun olumsuz tepki verdiğine şahit olup olmadıklarını soran bir diğer soruda, hastalık durumu olup kronik rahatsızlığı olan ve sürekli ilaç kullanan kişilerde vücudun ilaca olumsuz tepki verdiği görülmüştür. Konuyla ilgili görüşmecilerimizden Tahsin Bey de bu durumu şöyle tasdiklemiştir; *“Bazı ilaçlar klinik semptomları kapatabiliyor. Yani ilk zaman ilaç kişiye iyi gelebiliyor fakat daha sonra daha dirençli semptomlar meydana geliyor. Antibiyotikler özellikle sistemi ve klinik tabloyu baskılıyor. İleride daha dirençli, ilaçlara tepkisiz kalan bir sistemi ortaya çıkarıyor.”*

Ankette sorulan “ilaç kullanımının toplumun geleceği açısından tehdit oluşturup oluşturmadığı” sorusuna katılımcılar yüksek oranla (%66) tehdit oluşturduğunu söylemişlerdir. Özellikle evlilerde, sürekli ilaç kullananlarda ve yaş düzeyi en yüksek grup olan 40 yaş ve üzerinde soruya verilen olumlu tepki artmıştır. Yaş düzeyi yüksek olan grup ile sürekli ilaç kullananlar değerlendirilirse, ilaç ile daha yakın ilişki kurduklarından dolayı ilacın gelecek açısından tehdit oluşturabileceğini düşündükleri belirtilebilir. Genel olarak da, söz konusu kişilerin ilacın her yönüyle olumlu olmadığını ve gelecek açısından tehlike arz ettiğini düşündükleri sonucuna ulaşılabilir.

Konuyla eşdeğer şekilde görüşmecilerimizden Ayşe Hanım; *“Çok çürük bir nesil olmaya başladık. Bir yerden sonra ilaç bağımlılığı da olmaya başlayacak insanlarda.”* diyerek ilaç kullanımının nasıl bir tehdit oluşturabileceğini göstermiştir.

Son olarak katılımcılara sorulan, “ilaçla içli dışlı olup olunmadığı” sorusundan elde edilen veriler değerlendirildiğinde, katılımcılar çoğunluk olarak ilaçla içli dışlı olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle, 40 yaş ve üzeri gruptaki kişiler ile ilköğretim düzeyindeki kişilerin diğerlerine oranla daha fazla ilaçla içli dışlı olduğunu söyledikleri belirlenmiştir.

Araştırmanın nitel kısmı olan görüşmede bu konuya getirilebilecek çözüm önerileri kapsamında Tıbbi Mümessil Nevzat Bey şunları dile getirmiştir; *“İlaç ve sağlık bilgisinin halka aşılması gerekir. Eğitim şart. İlacı ne için kullanacağı ne zaman ve ne kadar kullanması gerektiği konusunda illa ki eğitim verilmeli (İlaç kullanım bilgisi) İş insanlarda bitiyor. İlkokullardan itibaren bilinçlendirme yapılması gerekiyor.”*

Sonuç olarak belirtmek gerekirse; ilaç kullanımının artmasıyla beraber ilacın ileri vadede tehdit oluşturduğunu düşünen ve hatta ilaçlarla içli dışlı olduğuna dair düşüncelerini savunan kişi sayısı da artmaktadır. Anket sonucundan da anlaşılabileceği gibi toplum sürekli olarak ilaçlarla bir arada yaşamakta/yaşatılmaktadır. Haliyle de kişiler ilaçla içli dışlı hale gelmekte hatta getirilmektedir.

2. Nitel Verilerin Değerlendirilmesi

Bu kısımda, nitel araştırma dâhilinde elde edilen bulguların değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Toplamda 12 katılımcıyla yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular; “ilaç kullanımının artışıdaki temel etmenler”, “gereksiz ilaç kullanımının kısa ve uzun vadede etkileri”, “ilaç kullanımının toplumun geleceği açısından nasıl bir tehdit unsuru olduğu” ve “ilaç ile içli dışlı olmaya getirilebilecek çözüm önerileri” sorularının temalar halinde çözümlenmesi ile elde edilmiştir.

Teknolojinin ilerlemesiyle beraber sağlık da modern sağlık adı altında yenilenmiş, eskiden olmayan farklı yeni uygulamalar gündeme gelmiştir. Modern sağlık içerisinde de medikalizasyon ve farmasötikalizasyon kavramları bağlantılı iki ana tema olarak ortaya çıkmıştır. Medikalizasyon kavramı dâhilinde yeni hastalıklar türetilirken, farmasötikalizasyon kavramı dâhilinde de ilaçlar farklılaştırılıp zenginleştirilmiştir. Zenginleşen ilaç dünyasının neden olduğu ilaç sayılarındaki artışla, kişiler her geçen gün daha fazla ilaçla içli dışlı hale gelmeye başlamışlardır.

İlaç kullanımının artması OECD verilerine de yansımıştır. Örneğin; OECD'nin 2015 Sağlık Raporu'na göre dünyada antibiyotik ilaçlarını en çok Türkler kullanmaktadır. Türkiye, binde 42,2'lik antibiyotik kullanımı ile dünyada açık ara birinci sıradadır. Yani Türkiye'de her gün yaklaşık 3.3 milyon antibiyotik hapi tüketilmektedir (<http://www.gazetevatan.com>).

2.1. İlaç Kullanımının Artışındaki Temel Etmenlere İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi

Araştırmanın nitel kısmındaki katılımcıların, son yıllarda artan ilaç kullanımının altında yatan temel etmenlere ilişkin görüşleri değerlendirilmeye alınmıştır. Bu temel etmenler; “Hastalar”, “Hekimler”, “Sağlık Sistemi”, “Sosyal Çevre”, “Medya”, “İlaç Şirketleri” ve “Halkın Bilinçsizliği” gibi temalardan oluşmaktadır.

Adı geçen temalardan da anlaşılaçağı gibi, ilaç kullanımının artışındaki temel etmenlere yönelik alt temalar belirlenmiştir. Belirlenen her bir tema içerisinde belirli örnek, gözlem ve deneyim bulunmaktadır. Bu çerçeve kapsamında ilaç kullanımındaki artışın nedenleri detaylı bir şekilde irdelenmiştir.

“Hastalar” teması altında genel anlamda ilaç kullanımındaki bilinçsizlik, eğitimsizlik vurgulanmış, hastaların kesinlikle ilaç kullanmadan iyileşmeye ikna olmadıkları belirtilmiştir. En ufak bir rahatsızlıkta dahi hemen ilaç kullanımına yönelen hastalardan dem vurulmuş, aslında ilaç kullanmadan da iyileşilebileceğinden bahsedilmiştir. Hastalar teması altında belirtilen bu tür görüşler günümüz toplum anlayışının sağlığa ve ilaçlara bakış açısını yansıtmıştır. Görüleceğı gibi kişiler, hastalık karşısında hemen gardını almak istemekte, böylelikle (gerekli/gereksiz) doğrudan ilaçlara başvurmaktadır.

Katılımcıların ilaç kullanımındaki artışın temel etmenleri arasında ele aldıkları “hekim etkisi” altında genel olarak; hasta istekleri doğrultusunda ilaç yazılmasından, hastayı bir an önce başından savma arzusundan ve hastayı “müşteri” olarak görenlerin müşterisini kaybetmeme isteğinden kaynaklandığı belirtilmiştir. Buna verilebilecek en güzel örnek şudur: *“Hekimlerin fazladan ek gelir olarak mümessillerden sağladıkları gelir göz önünde bulundurulursa tabii ki onların da büyük bir katkısı var. Hasta isteğine göre, tanı koymadan ilaç yazılıyor. Örneğin bir teyze gelip; “oğlum bana bir antibiyotik yaz” dediğinde hekimin tepkisi neden, ne için istiyorsun demek yerine gel teyze yazalım oluyor.”* Verilen alıntıdan da anlaşılacağı üzere, günümüz hekimlik anlayışı çoğu alanda değişmiş ve sağlık adeta metalaştırılmıştır.

İlaç kullanımı artışını hekimlere dayatılan performans sistemine bağlayan ve hastaların müşteri kategorisinde değerlendirildiğinden yakınan katılımcılar sağlık sisteminin neden olduğu performansa dayalı ödemelerden bahsetmişlerdir. Performans sistemiyle hekimler hastalara gerekli vakti ayıramamakta, bu da doğrudan reçetelere yansımaktadır. Bir katılımcının belirttiği şekliyle; *“Hekimler performans sistemiyle robotlaştırılıyorlar. Hasta=Para, Hasta=Müşteri haline geliyor.”* Hâl böyle olunca da hastaların detaylı olarak hastalığı üzerinde durulamamakta ve çare tamamen ilaçlarda aranmaktadır. Sonuçta; kazanç kapısı haline gelen hastalar sisteme alıştırılırken, hastalıklara karşılık yazılan ilaç setleriyle de müşteriler tatmin edilmeye çalışılmaktadır.

Katılımcılar, çevre (eş dost ve konu komşu tavsiyeleri) etkisinin ilaç kullanımının artışındaki temel etkenlerden olduğunu belirtmişlerdir. Özellikle de kulaktan dolma bir şekilde çok ilaç kullanıldığını, bunun sonucunda hastaların çeşitli sağlık problemlerine davetiye çıkardığını söylemişlerdir. Tabii ki kendi bünyeleri ile ilaç tavsiyesi aldıkları kişilerin bünyeleri arasındaki fark da göz önünde bulundurulursa ciddi sonuçlarla karşı karşıya kalabileceklerini/kalabildiklerini belirtmişlerdir. Toplumumuzda oldukça fazla olan çevre etkisi ilaç kullanımlarında da yeterince tehlikeli boyutlara ulaşmaktadır. Kişiler hekime görünüp ona göre bir ilaca başlamak yerine, eşinden dostundan ya da konu komşusundan aldığı tavsiyeyle ilaç kullanmakta ve -belki de- bunun tehlike arz ettiğini fark etmemektedirler.

Katılımcıların genel olarak ilaç kullanımının artışıında etkisinin olduğunu savunduğu medya ve medya unsurlarında, ilaç reklamlarının ve gündelik çıkan kadın programlarının etkisi dile getirilmiştir. Yapılan ilaç reklamlarıyla kişiler etkilenebilmekte, tanıtımı yapılan ilacı alma yönünde tavır sergileyebilmektedir. TV’lerde de sabah kuşağı adı altında yayınlanan, hekimlerin de katıldığı programlar kişileri hastanelerden ve hekimlerden uzaklaştırabilmektedir. Fakat izlenen programlarda bahsi geçen hastalık ya da belirtilen bir sıkıntının izleyen kişilerde de olma ihtimali varsa da, programa bağlı kalınarak çözüm bulmaya çalışmak her zaman doğru bir yaklaşım olmamaktadır. Zira kişilerde teşhisi konulmayan başka sıkıntıların da olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

İlaç şirketleri başlığı altında katılımcılar genel olarak hekim-ilâç mümessilleri ilişkileri üzerinde değerlendirmelerde bulunmuşlardır. Kimisi eski sisteme nazaran ilişkilerin daha kısıtlı hale geldiğini belirtirken, kimileri de aradaki dostane ilişkilerden bahsetmiştir. Hekim ve ilaç şirketlerinin ilişkileri, bugün kapitalistleşen sağlık anlayışına denk düşmektedir. Zira bir mümessil hekime ne kadar çok kendi ilâçlarını yazdırırsa o oranda kazanmaktadır. Beyaz Önlük Siyah Şapka adlı kitapta (Elliott, 2012: 90-91) belirtildiği gibi; *“Mümessillerin işi hekimlere ilâçlarını yazmak için ikna etmektir. Bazen de etkisi sınırda olan, uygulanması zor, yüksek fiyatlı ve hatta toksik etkili ilâçları reçeteye yazmaya ikna etmeleri gerekir. Şayet bunu yapabilirlerse komisyon ya da ikramiyeyle ödüllendirilirler.”* Yani, hekimin müşterilerine reçete ettiği her ilaç firmaya o oranda kazandırılmaktadır. Tabii ki hekim de bu işten payını almakta, firma tarafından kazandırılmaktadır.

Halkın bilinçsizliği başlığı altında katılımcılar, halkın sağlık bilgisinin olmamasından ve de kişilerdeki bilinç yetersizliğinden bahsetmişlerdir. Sözü edilen bilinçsizlik, ilaç kullanımının artmasında önemli bir etken olarak kabul edilmektedir. *“Hekim yazmadan insanlar kendi kafasına göre ağrı kesici- antibiyotik kullanabiliyorlar.”* deyimiyle bu durum özetlenmiştir.

2.2. Gereksiz/Aşırı İlaç Kullanımının Kısa ve Uzun Vadede Etkilerine Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

İlaç kullanımlarının kısa ve uzun vadedeki etkilerine ilişkin belirlenen temalar; "İlaç-İlaç Etkileşimleri Farkındalığı", "Vücudun Direnç Geliştirmesi", "Gereksiz Sağlık Harcamaları", "Belirli Organlarda Ortaya Çıkan Hasar ve Yetmezlikler" ve "Kısa Vadede Kendini Mutlu Hissetme"dir.

İlaç kullanımının etkileri başlığı altında özellikle sorulan "hekimlerin ilaç-ilaç etkileşimlerinden haberdar olup olmadığı" sorusuna katılımcıların bir kısmı dikkat edildiğini belirtirken bir kısmı da hekimlerin bunu sorgulayacak vakitlerinin olmadığını belirtmişlerdir. İlaç-ilaç etkileşimlerinden doğabilecek sıkıntıların yine hastaların başını ağrıtaçağı düşünülürse, bu durumun düzelmemesi halinde ciddi problemler oluşturacağı söylenebilir.

Katılımcılara sorulan kısa ve uzun vadeli ilaç etkileri sorusundan çıkarılan "vücudun direnç geliştirmesi" teması kapsamında ele alınan konu genel olarak antibiyotikler olmuştur. Antibiyotiklerin uzun süreli ve yanlış kullanımında vücutta direnç geliştirdiği ve bir yerden sonra etki etmediği katılımcı görüşlerinden anlaşılmıştır.

Gereksiz ilaç kullanımının kısa-uzun vadede etkileri arasında sağlık harcamaları da vurgulanmış, aşırı-gereksiz ilaç kullanımında sağlık harcamalarının da arttığı belirtilmiştir. Bu durum; "*İlaç harcamaları ekonomiye büyük bir yük.*" söyleminden de anlaşılmaktadır. Zira ilaç harcamaları sağlık harcamaları içerisinde büyük bir paya sahiptir.

Katılımcılar gereksiz veya fazla ilaç kullanımının etkileri arasında belirli organlardaki hasar ve yetmezliklere de değinmişlerdir. Hemen hemen bütün katılımcıların dillendirdiği ana problem, ilacın atıldığı organa büyük zararlar verdiğidir. Bu durum bir örnekle açıklanabilir; "*Fazla kullanılan ağrı kesiciler böbrek yetmezliğine ve tansiyon hastalıklarına sebep oluyor. Mide için kullanılan ilaçlar da mide asit salgısını baskılayıp, akciğer ve bağırsak enfeksiyonlarına sebep olabiliyor.*" Vücuda olan olumsuz etkileri göz önüne alınırsa, ilaçlar masum değildir ve her hastalığa karşı da ilaç tek çıkar yol olarak bakılmamalıdır.

İlaç etkilerinde ele alınan son tema kısa vadede kendini mutlu hissetme olmuştur. Buradan hareketle, kişilerin ilaç kullandığından dolayı mutlu oldukları söylenebilir.

2.3. İlaç Kullanımındaki Artışın Toplumun Geleceği İçin Nasıl Bir Tehdit Oluşturduğuna Yönelik Bulguların Değerlendirilmesi

Üç ana tema altında birleştirilen ilaç kullanımındaki artışın toplumun geleceği için oluşturduğu tehditler sırasıyla şu şekilde belirlenmiştir: “İlaç”, “Hastalık” ve “Ekonomi”.

İlaç başlığı altında çeşitli tehditlerin varlığından bahsedilmiştir. Örneğin; “ilaçlar=leblebi” denilerek ilaçların etkisizmişçesine kullanıldığından dem vurulmuştur. Sıklıkla başvurulanan ağrı kesiciler için bu tanım söylenebilmektedir. İlaçların vücuda verdiği zararlar konusunda da karaciğer ve böbrek hasarları ele alınmıştır. İkinci soruda elde edilen verilere benzer veriler elde edilmiş, organ hasarları ve yetmezlikleri toplumun geleceğinde tehdit olarak görülmüştür. “Çok çürük bir nesil olmaya başladık. Bir yerden sonra ilaç bağımlılığı da olmaya başlayacak insanlarda.” sözyle bir katılımcı adeta ilaç kullanımlarından doğan ilaç alışkanlıklarının, ilerleyen zamanlarda kişileri çıkmaza götüreceğini vurgulamıştır.

Katılımcılar “hastalık” başlığı altında genel olarak hastalıklarla uzun süre yaşam, yeni ve farklı hastalıkların ortaya çıkmaya başlaması ve de kronik hastalıkların artışı gibi tehditlerin varlığından bahsetmişlerdir. Genel olarak; eskiye nazaran hastalıklarla daha uzun süre yaşandığı, kronik rahatsızlıkların artış gösterdiği ve de yeni ilaçlarla birlikte yeni hastalıkların gündeme geldiği belirtilmiştir. Örnek olarak; “Hastalıkların süresi uzuyor. Bakterilerin, mikropların ve virüslerin direnci artıyor. Bu yüzden çok daha kapsamlı ilaçlar ve uzun süren hastalıklar türedi.” Bir başka örneği de şu şekilde ele alabiliriz; “Bu zamanda yeni ilaç yeni bir hastalık demektir.” Verilen örnekler ve oluşabilecek tehditler göz önünde bulundurulursa, yeni çıkan her ilacın yeni hastalık türeterek satışa çıktığı söylenebilir. Söz konusu hastalıklarla da uzun süreli yaşam gerekliliği göz önünde tutulursa, ilaçlardan ve gereksiz ilaç kullanımlarından olabildiğince uzak durulması gerekecektir.

Ekonomi teması altında katılımcılar ikinci soruyla benzer cevaplar vererek, genel itibariyle ilaç harcamalarının ülke ekonomisine olan yükünden bahsetmişlerdir.

Üçüncü kısma ek olarak sorulan iki sorudan biri, ilaçsız yaşamın mümkün olup olmadığıdır. Katılımcılar genel olarak ilaçsız yaşamın mümkün olmadığını belirtmişlerdir. Yalnızca akut rahatsızlığı olan kişiler için ilaçsız yaşam mümkün olabilmektedir. Fakat kronik rahatsızlığı olup, sürekli ilaç kullanan kişiler için ilaçsız yaşam mümkün olmamaktadır. Örnek olarak bir katılımcı; *“İlaçsız yaşam mümkün değil. Akut rahatsızlıklarda örneğin bitkiler kullanılabilir ama tıbbi tamamen kocakarı ilaçlarına bağlayamazsın.”* diyerek ilaçsız yaşamın çok da mümkün olmadığını belirtmiştir.

İlaç kullanımının oluşturduğu/oluşturacağı tehditler konusuna ek olarak sorulan diğer soru da fitoterapi eğitimi alan hekimlerin bakanlık onaylı bitkisel ilaçları reçetelendirmelerinin iyi olup olmayacağıdır. Katılımcılardan bazıları bitkisel ilaçlara olumlu bakarken bazıları da farklı sorunlar çıkarabileceğini söylemiştir. Örneğin bir katılımcı; *“Böbrek bitkisel ilaçları süzmekte sıkıntı yaşayabilir. Bilimsel tek tek araştırma yapıp olumlu olumsuz tüm detayların sorgulanacağını da düşünmüyorum. Ki bir ilaç binlerce kişinin üzerinde denenmeli ki doğruluğuna inanılsın.”* diyerek bitkisel de olsa ilaçların etkinliklerinin belirlenmesi gerektiğinden bahsetmiştir. Bir diğer katılımcı ise; *“Bitkisel ilaçlar genellikle Tarım Bakanlığı onaylıdır. Asıl olması gereken Sağlık Bakanlığından onaylı olması.”* demiş ve bu ilaçları onaylayan bakanlığa dikkat çekmiştir.

Sonuç belirtmek gerekirse; bir ilaç pazarlanabilecek hale gelene kadar birçok fazdan geçmektedir. Kullanımda olan ilaçların içeriğinde de bitkilerin bulunduğu göz önünde tutulursa, yapılması gereken; ilaçların faz evrelerinin kapsamlı bir şekilde tutulması ve kimi ilaçlar gibi bir anda piyasaya sunulmamasıdır. Bunun için doğru bakanlığın işlevleri önemlidir.

2.4. Toplumun İlaç İle İçli Dışlı Olmasına Çözüm Önerileriniz Sorusundan Elde Edilen Bulguların Değerlendirilmesi

Beş ana tema altında birleştirilen toplumun ilaç ile içli dışlı olmasına çözüm önerileri şu şekilde belirlenmiştir: “Hasta-Hekim Bilinci-Eğitim”, “Hastaya Ayrılan Zaman”, “İlaç Ediniminin Zorlaştırılması”, “Aile Hekimliği Uygulamasının Düzenlenmesi” ve “Sağlığın Ticarileştirilmesinin Önüne Geçilmesi”.

İlk soru ile eşleşmekte olan “Hasta Bilinci” ve “Sağlık Eğitimi” konuları üzerinde duran katılımcılar, çoğunlukla gereksiz ilaç kullanımının ve ilaçla içli dışlı olmanın asıl kaynağının eğitimsizlik olduğunu vurgulamışlardır. Örneğin bir katılımcı; *“Toplumda ne kadar fazla ilaç o kadar iyi tedavi anlayışı var. Bu da doğrudan ilaç kullanımına yönlüyor.”* diyerek yanlış tutum ve algının kişileri ilaçla içli dışlı olmaya ittiğini belirtmiştir. Sonuç olarak; toplumdaki “fazla ilaç iyi tedavi” anlayışının önüne geçilmeli, halka ilacın tüm yönleriyle etkilerini baz alan bilgiler verilmelidir.

Performans sisteminin konu edildiği ilk soruyla benzer şekilde burada da, hekimlerin hastalarına gerekli vakti ayıramamalarından dem vurulmuştur. Günlük belirli sayıda hasta bakma yükümlülüğü olan hekimlerin çok kısa zamanda hastayı muayene etmesi beklenmekte ve bu kısa zamanın da kaliteli geçmesi istenmektedir. Bunun çok da mümkün olmadığı görülmüş ve katılımcılar da çözüm önerisi açısından hastaya ayrılan zamanın uzatılması konusunu ele almışlardır. Sağlık sisteminin özellikle performans sisteminin değişmesiyle, getirilen çözüm önerileri uygulanabilecek ve hem hasta hem de hekim boyutlu sıkıntıların giderilmesi sağlanabilecektir. Haliyle sıkıntıların giderilmesiyle de ilaçların reçete edilmesi ve kullanılması biraz olsun azalacaktır.

İlaçla içli dışlı olmanın bir diğer nedeni olarak “ilaç erişiminin kolaylığı” vurgulanmıştır. Katılımcıların bir kısmı ilaçlara erişimin kısıtlanması gerektiğinden dem vururken bir kısmı da eskiye nazaran ilaçlara erişimin zorlaştığını söylemiştir. Reçetesiz bir şekilde özellikle bazı ilaçlar elde edilememeli, buna dair uygun stratejiler bakanlıkça geliştirilebilmelidir.

Katılımcıların vermiş olduğu önerilerden bir diğeri de “Aile Hekimliği Uygulaması”dır. Bu kapsamda, aile hekimliklerinin ilaç reçete eden merkezler olarak görölmemesi için getirilebilecek politikalardan bahsedilmiştir. Aile hekimliklerinin daha etkin ve verimli kullanılabilmesi açısından küçük çaplı da olsa laboratuvarlarının olması gerekliliğı belirtilmiş, buna dayalı olarak bazı tetkiklerin oralarda da yapılabilmesi gerektiğı vurgulanmıştır.

Son zamanlarda kısa zamanlı çıkan griplere karşılık aşların pazarlanması, mümessil-hekim ilişkileri gibi konular katılımcıların çözüm önerisi için sundukları konular olmuştur. Belirlenen konular dâhilinde bir önceki soruyla eşleşen yeni ilaçların yeni hastalıklar türetmesi burada da yer bulmuştur. *“Örnek olarak açıklamak gerekirse aslında bir grip aşısı gribe karşı kullanılmalı. Fakat bugün çoğu alanda bu tam tersi bir şekilde ilerliyor. Yani ileri gelen ülkelerin kendilerinden geri ülkelere karşı bir üstünlük gösterisi gibi bir durumdur bu. Özetle bu durum artık sağlığın ticarileştirilmekte olan bir sektör haline geldiğini bizlere açık bir şekilde gösteriyor.”* Hekim-mümessil ilişkileri de daha önce belirlenen şekliyle sağlığın ticarileştirilmesinin bir örneğidir. Bugün mümessillerin hekimlere ilaç yazdırarak kazandığını, kimileri sağlığıyla bazen de canıyla ödemektedir. Özetle; sağlık gibi vazgeçilemez bir unsur ticarete dönüştürölüp kirletilmemelidir.

4.4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Karma araştırma yönteminin kullanıldığı bu çalışmada, 18-80 yaş arası halka yapılan 300 anket ve çeşitli alanlarda çalışan 12 katılımcı ile yapılan görüşme ile toplumun ne düzeyde ilaçla içli dışlı olduğu değerlendirilmiştir. Araştırma, Isparta il merkezinde uygulanmıştır.

Yapılan çalışmada nicel araştırma kapsamında halka sosyo-demografik veriler dâhil toplamda 18 soru yöneltilmiştir. Sorular dâhilinde; ilaç kullanımı, ilaç hakkında bilgi alınıp alınmadığı, ilacın fayda/zarar/yan etkilerinin farkındalığı, ilaç yazdırma durumu, yanında ilaç bulundurma durumu, ilacın tehdit oluşturup oluşturmadığı ve ilaçla içli dışlı olma durumunun olup olmadığı sorulmuştur.

İlaç kullanımıyla ilgili ifadelerde; hekimin yazdığı her ilacın çoğunlukla kullanıldığı (2.33 ± 0.77), önlem/korunma amaçlı ilaç kullanılmadığı (1.54 ± 0.77) ve katılımcıların ilaç kullanmayı sevmediği (1.32 ± 0.64) görülmüştür. İlaç hakkında hekimden çok eczaneden bilgi alındığı ($2.30/2.36$) görülmüş, genel olarak alınan ilaçların prospektüslerinin okunduğu (2.36 ± 0.80) ve ilacın fayda/zarar/yan etkilerine de dikkat edildiği (2.46 ± 0.74) sonucuna ulaşılmıştır. Bu kapsamda dikkat çeken nokta şudur ki; sosyal güvencesinin olmadığını belirten kişiler hekimin yazdığı her ilacı kullandıklarını fakat yazılan ilaç hakkında bilgi almadıklarını belirtmişlerdir. Elde edilen bu veriye göre sosyal güvencesi olmayan kişilerin ilaç kullanım bilincinin yetersiz olduğu anlaşılmıştır.

Evde bulunsun diye de başkası adına da ilaç yazdırılmadığı ($1.67/1.54$) ve sırf ilaç yazdırmak için hekime başvurulmadığı (1.76 ± 0.84) çıkan sonuçlardan anlaşılmıştır. Elde edilen verilere göre kullanılmadığı halde ilaç bulundurulmamaktadır (1.86 ± 0.84). Son olarak; ilaç kullanımının gelecek açısından tehdit oluşturduğu (2.57 ± 0.66) ve ilaçla içli dışlı olduğu (2.52 ± 0.68) anlaşılmıştır.

Az ilaç yazan hekimin tercih nedeni olup olmadığı, bir yerden bir yere giderken yanında ilaç taşınıp taşınmadığı, medyanın ilaç kullanımını tetikleyip tetiklemediği ve yan etkileri dolayısıyla vücudun ilaca olumsuz tepki verip vermediği soruları ise net bir sonuç vermemiş katılımcıların bu sorularda orta düzeyde kaldığı anlaşılmıştır (2.08, 2.21, 1.98, 2.04).

Yapılan çalışmada nitel araştırma kapsamında katılımcılara toplamda 4 ana soru sorulmuştur. Sorular dâhilinde; ilaç kullanımının artışıındaki temel etmenlerin neler olduğu, gereksiz ilaç kullanımının kısa ve uzun vadede etkileri, artan ilaç kullanımının toplumun geleceği açısından nasıl bir tehdit oluşturduğu ve toplumun ilaçla içli dışlı olmasına yönelik çözüm önerileri sorulmuştur.

Halkın genel olarak; ilaç kullanmadan iyileşmeye ikna olmadıkları, illa ki ilaç yazdırmak, ilaç kullanmak istedikleri, hekimlerin de müşteri(!) kaybetmek istemediği ve bir an önce hastayı göndermek istedikleri için teşhis koymadan ilaç yazabildikleri, verilen ifadelerden anlaşılmıştır. Sağlık sistemi dâhilinde; performans sisteminin hekimleri robotlaştırdığı, sosyal çevrenin de kişilere tavsiye ettiği ilaçlar dolayısıyla kişilerin ilaç kullanımını arttırdığı sonucuna varılmıştır. Medyanın; ilaç reklamları ve günlük yapılan tv programlarının da ilaç kullanmayı etkilediği, ilaç şirketlerinin ise hekim-ilâç mümessili ilişkileri yüzünden ilaç yazımını ve ilaç kullanımını etkilediği anlaşılmıştır. Halkın bilgi eksikliği yüzünden de fazla ilaç kullanıldığı belirlenmiştir.

Genel olarak ilaç-ilâç etkileşimlerinden hekimlerin farkında olduğu çoğunluk görüşüyle anlaşılmış, vücudun özellikle antibiyotiklere karşı direnç geliştirdiği bu yüzden antibiyotiklere karşı daha mesafeli durulması gerektiğine ulaşılmıştır. Gereksiz/aşırı ilaç kullanımı kısa vadede kişileri mutlu etse de, fazla kullanılan ilaçların atıldığı organlara hasar verdiği ve sağlık harcamalarını da arttırdığı sonucuna varılmıştır.

İlaç teması dâhilinde; ilaçların leblebi gibi görülerek çok tüketildiği, antibiyotiklerin fazla kullanılmasından dolayı vücudun direnç geliştirdiği, aşırı ilaç kullanımının karaciğere, böbreğe ve diğer organlara zarar verdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Hastalık kapsamında ise; yeni ve çeşitli hastalıkların oluşmaya başladığı, kronik hastalıkların çoğaldığı, hastalıklarla artık daha uzun süre yaşandığı ve de yeni ilaçların yeni hastalıklar meydana getirdiği anlaşılmıştır.

İlaç kullanımının artışının toplumun geleceği açısından oluşturduğu tehditler sorusuna ek olarak sorulan; ilaçsız yaşamın mümkün olmadığı ve bitkisel ilaçların reçeteye girmesinde de belirli şartların (sağlık bakanlığı onaylı olması ve aşırı kullanımı zarar vereceği için bitkisel ilaçlarda da doz ayarlaması yapılması gerektiği) sağlanması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Hasta-hekim bilinci/eğitim kapsamında; sağlık eğitimi ve hasta bilincinin gereksiz ilaç kullanımını azaltacağı anlaşılmıştır. Hastaya ayrılan zamanın uzatılması gerektiği belirtilmiştir. Zor durumda olanlar (kronik hastalar) haricinde akut hastalara karşı ilaç ediniminin zorlaştırılması gerektiği, aile hekimliklerinin de ilaç yazdırma merkezleri olmaktan öte küçük tetkikleri de yapabilecek donanımlarının olması gerektiği ifade edilmiştir.

Sağlığın ticarileştirilmesinin önüne geçilmesi gerektiği belirtilmiş, bu kapsamda; ilaç şirketlerinin pazarlama faaliyetleri, gereksiz çıkan fazla ilaçların hastalık üretmesi ve hastaların müşteri profiline konulmasının önüne geçilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Nicel ve nitel verilerden elde edilen sonuçlardan hareketle aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir;

1. İlaçlar hakkında özellikle olumlu-olumsuz etkileri konusunda hasta ve hekimler bilinçlendirilmelidir.
2. Hekimlerin hastalarına daha az zaman ayırmalarına sebep olan sağlık sisteminin değiştirilmesi ya da revize edilmesi gerekmektedir.
3. Medyanın ilaç reklamlarından arındırılması, hekimcilik yapan programların azaltılması veya kaldırılması gerekmektedir.
4. İlaç şirketlerinin denetimlerinin sıklaştırılması gerekmektedir.
5. Antibiyotiklerin ve çok sık kullanılan diğer ilaçların daha detaylı bir şekilde araştırılması, fazla kullanımların önüne geçilmesi gerekmektedir.
6. Aile hekimliklerinin ilaç yazdırma merkezleri olarak görülmemesi ve daha donanımlı hale gelmesi için bakanlıkça yeni uygulamalar/stratejiler geliştirilmelidir.
7. Yeni çıkan-çıkacak ilaçların daha kontrollü bir şekilde çıkması ve uluslararası alınacak önlemlerle biyolojik silahlanmanın biraz da olsa önüne geçilmesi sağlanmalıdır.
8. Piyasaya çıkan bitkisel ilaçların belirli fazlardan geçerek, etkinliği sorgulanmalı ve vatandaşlara da bu ilaçlar olumlu-olumsuz her türlü etkileriyle tanıtılmalıdır.
9. Sağlığı ticarileştiren unsurların; ilaç reklamlarıyla kişileri etkileyen medyanın, halkı/hastaları müşteri olarak gören sistemin/kişilerin bir an önce önüne geçilmelidir.
10. Bu araştırma karma yöntemli bir araştırma olduğu için katılımcı sayısı 300+12 şeklinde olmuştur. Örneklemen kapsamı değiştirilerek aile hekimleri, ilaç firmaları ve hastaların da araştırmaya dâhil edilmesi, diğer araştırmacılara verilebilecek öneriler arasındadır.

Araştırmacının Kişisel Notu

Görüşme dâhilindeki katılımcıların genel itibarıyla sağlık çalışanı olması, mesai saatleri sebebiyle dar vakit ayırmalarına neden olmuştur. Yaşanan en önemli zorluklardan biri; özellikle hekim kökenli olan katılımcıların soruların kaç tane olduğunu baştan sormaları ve soru adedi eğer çok ise anket tarzında sorulup cevap vermelerini istemeleri olmuştur.

Araştırmanın anket ayağında ise, özellikle orta ve ileri yaş grubu kişilerin tedirgin bakışlarına maruz kalınarak belli başlı şu sıkıntılar yaşanmıştır:

- “Siyasetle alakalı ise boşuna sormayın!”
- “Kaç sorunuz var, çok ise vaktim yok!”
- “İsim vermem. (isim vermeyeceklerini belirtmemize rağmen)
- “Benim okumam yazmam yok okuyuverceksen öyle konuşalım.”
- Bir teyze ankete cevap vermek isteyen kızını dürterek; “Kızım cevap verme başımıza iş açmayalım.”

Yaşanan kısıtlara rağmen araştırma, bilime değer veren ve konuyu dikkat çekici bulan kişilerin katkılarıyla tamamlanmıştır.

KAYNAKÇA

- Abraham, J., (2007), "Building on Sociological Understandings of the Pharmaceutical Industry or Reinventing the Wheel? Response to Joan Busfield's 'Pills, Power, People'", *Sociology*, 41(4): 727-736.
- Abraham, J., (2010), "Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions", *Sociology*, 44(4), 603-622.
- Adak, N., (2002), *Sağlık Sosyolojisi: Kadın ve Kentleşme*, İstanbul: Birey Yayıncılık.
- Adaş, E.B., (2013), "Piyasa ve Toplum Kısılcacında Hekimlik", içinde O. Elbek (Ed.), *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır*, 1.Baskı, İstanbul: Hayykitap.
- Akın, L., (2008), "Kırım- Kongo Kanamalı Ateşi", *Hacettepe Tıp Dergisi*, 39:134-143
- Albritton, R., (2010) "Obezite İle Açlık Arasında: Kapitalist Gıda Endüstrisi", içinde L. Panitch, C. Leys (Ed.), *Kapitalizmde Sağlık / Sağlıksızlık Semptomları*, (Çev. U. Haskan), (ss. 205-219), 1. Baskı, İstanbul: Yordam Kitap Basın ve Yayın Tic.
- Applbaum, K., (2010) "Sağlıkta Küresel Pazarlama: İlaç Entrikaları", içinde L. Panitch, C. Leys (Ed.), *Kapitalizmde Sağlık / Sağlıksızlık Semptomları*, (Çev. U. Haskan), (ss. 99-119), 1. Baskı, İstanbul: Yordam Kitap Basın ve Yayın Tic.
- Attepe, S., (2013), "Tıbbileştirmeyi Kadın Sorunları Bağlamında Düşünmek", *Aile ve Kadın Sağlığı Sempozyumu*, Kırıkkale, 16 Mayıs (17-22).
- Aydın, A., (2013) "Tıpta Büyük Yalanlar", içinde İ. Arslanoğlu (Ed.), *Tıp Bu Değil*, (ss. 31-47), 5.Baskı, İstanbul: İthaki Yayınları.
- Bell, S.E. and Figert, A.E., (2012), "Medicalization and Pharmaceuticalization at the Intersections: Looking Backward, Sideways and Forward", *Social Science & Medicine*, 75: 775-783.
- Berger, P.L., Berger, B. and Kellner, H., (2000), *Modernleşme ve Bilinç*, (Çev. C. Cerit), 2.Baskı, İstanbul: Pınar Yayınları.
- Bosk, E.A., (2013), "Between Badness and Sickness: Reconsidering Medicalization for High Risk Children and Youth", *Children and Youth Services Review*, 35: 1212-1218.
- Bozbek, H. G., (2014), *Tüketim Kültürünün İnşa Ettiği Bedenler: Tüketim-Sağlık-Medikalizasyon İlişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul.
- Burphy, M., (1997), *Health and Illness in a Changing Society*, "The Body Health and Risk", London and New York, Routledge Publications.
- Busfield, J., (2010), "A Pill for Every Ill: Explaining the Expansion in Medicine Use", *Social Science & Medicine*, 70: 934-941.
- Büken, N.Ö., (2011), "Kadın Bedeninin Tıbbileştirilmesi", *Sağlığın Sesi*, Ağustos- Eylül - 15.
- Camargo, K.R., (2013), "Medicalisation, Pharmaceuticalization and Health Imperialism", *Perspectives*, 29(5): 844-846.

- Charty, P., Harvey, I., Brawn, R. and Watkins, C., (2000), "A Study of Factors Associated with Cost and Variation in Prescribing Among GP", *Family Practice*; 17: 36–41.
- Cirhinlioğlu, Z. ve Cirhinlioğlu, F.G., (2011) "Postmodern Sağlığın Yükselişi ve Düşüşü", içinde K. Canatan (Ed.), *Beden Sosyolojisi*, (ss. 395-413), 1.Baskı, İstanbul: Açılım Kitap.
- Cirhinlioğlu, Z., (2001), *Sağlık Sosyolojisi*, 1.Basım, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Cirhinlioğlu, Z., (2003), "Post-Modern Çözülüş ve Sağlık", *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt: 5, Sayı: 1, 131-148.
- Clarke, A.E., Shim, J.K., Mamo, L., Fosket, J.R. and Fishman, J.R., (2003), "Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine", *American Sociological Review*, Vol. 68, No. 2 (April), pp. 161-194 Published: American Sociological Association.
- Conrad P., (2005), "The Shifting Engines of Medicalization", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol 46 (March): 3–14.
- Conrad, P., Bergey, M.R., (2014), "The Impending Globalization of ADHD: Notes on the Expansion And Growth of a Medicalized Disorder", *Social Science & Medicine*, 122(2014): 31-43.
- Conrad, P., Mackie, T. and Mehrotra, A., (2010), " Estimating the Costs of Medicalization", *Social Science & Medicine*, 70: 1943-1947.
- Creswell, J.W., (2009), *Research Design*, Third Edition, California: Sage Publications
- Çakır, M., (2013), *Medya ve Modernlik*, İstanbul: Parşömen Yayıncılık.
- Çomoğlu, T., (2012), "Kozmetikler", *Marmara Pharmaceutical Journal*, 16: 1-8.
- Davis, C., (2015), "Drugs, Cancer and End-of-Life Care: A Case Study of Pharmaceuticalization?", *Social Science & Medicine*, 131: 207-214.
- De Grey, A.D.N.J., Ames, B.N., Andersen, J.K., Bartke, A., Campisi, J., Heward, C.B., et al., (2002), "Time to Talk Sens: Critiquing the Immutability of Human Aging", *Annals of The Newyork Academy of Science*, 959: 452–462
- Demez, G., (2012), "Medyada Yeni Sağlık Arayışları ve Kadın Bedeninin Temsili", *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, Cilt: 9, Sayı: 1 (512-532).
- Deppe, H.U., (2010) "Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalaştırmaya Karşı Dayanışma", içinde L. Panitch, C. Leys (Ed.), *Kapitalizmde Sağlık / Sağlıksızlık Semptomları*, (Çev. U. Haskan), (ss. 43-54), 1. Baskı, İstanbul: Yordam Kitap Basın Ve Yayın Tic.
- Dew, K., Norris, P., Gabe, J., Chamberlain, K. and Hodgetts, D., (2015), "Moral Discourses and Pharmaceuticalised Governance in Households", *Social Science & Medicine*, 131: 272-279.
- Dolev, E., (2002), "Bioterrorism and How to Cope with It", *Clinics in Dermatology*, 20:343-345.
- Durgun, B. ve Tümerdem, Y., (1999), "Kentleşme ve Yaşlılara Sunulan Hizmetler", *Geriatri Dergisi*, 2(3): 115-120.

Elbe, S., Mahler, A.R. and Long, C., (2015), "Medical Countermeasures for National Security: A New Government Role in the Pharmaceuticalization of Society", *Social Science & Medicine*, 131: 263-271.

Elçik, G., (2013), *Toplumsal Cinsiyet Çalışmaları*, Anadolu Üniversitesi Yayını, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Web- Ofset.

Eren, G., (2007), "*Reklamlarda Tüketim Kültürü Değerlerine Göre Bedeni Düzenleyen Söylemler*", Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Ankara.

Ersöz, A.G., (2010), "Tüketim Toplumunda "Sıfır Beden" Söylemi: Neden ve Sonuçları Üzerine Sosyolojik Bir Değerlendirme", *Edebiyat Fakültesi Dergisi*, Gazi Üniversitesi, Cilt:27, Sayı:2, 37-53.

Ewart, L., Gallacher, D.J., Gintant, G., Guillon, J.M., Leishman, D., Levesque, P. et al. (2012), "Appraisal of State-of-the-Art How Do the Top 12 Pharmaceutical Companies Operate Safety Pharmacology?", *Journal of Pharmacological and Toxicological Methods*, 66: 66-70.

Fisher, J.A., Cottingham, M.D. and Kalbaugh, C.A., (2015), "Peering Into the Pharmaceutical "Pipeline": Investigational Drugs, Clinical Trials, and Industry Priorities", *Social Science & Medicine*, 131: 322-330.

Gabe, J., Williams, S., Martin, P. and Coveney, C., (2015), "Pharmaceuticals and Society: Power, Promises and Prospects", *Social Science & Medicine*, 131: 193-198.

Goldacre, B., (2016), *Kötü İlaç*, (Çev. Ö. Çelik), 1.Baskı, İstanbul: Pegasus Yayınları.

Gökçek, T., Babacan, F.Z., Kangal, E., Çakır, N., Ve Kül, Y., (2013), "2003-2012 Yılları Arasında Türkiye'de Karma Araştırma Yöntemiyle Yapılan Eğitim Çalışmalarının Analizi", *The Journal Of Academic Social Science Studies (Jasss)*, 6(7): 435-456

Gudarzi, S.S., (2008), "Mektup- Yaşamın Aşırı Tıbbileştirilmesi: İki Ucu Keskin Bıçak", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3):334-335.

Gür, E.G., (2010), "Dezenformasyona Uğratılan Bir Sosyal Hak Olarak Sağlık", İstanbul Üniversitesi, *Sosyal Haklar Ulusal Sempozyumu*, 299-315.

Güzel, E., (2013), "Güzellik Dayatması Altında Tüketim Nesnesine Dönüşen Kadın", *Global Media Journal*, Yeditepe Üniversitesi, Cilt:4, Sayı:7, 81-96.

Habermas, J., (1981), "*Modernity Versus Postmodernity*", (Trans. S. Ben-Habib) New German Critique, No:22, Special Issue on Modernism (Winter, 1981), pp: 3-14, Duke University Press.

Heper, G., (2013) "Kalp Damar Hastalıkları Gerçeği", içinde İ. Arslanoğlu (Ed.), *Tıp Bu Değil*, (ss. 99-125), 5.Baskı, İstanbul: İthaki Yayınları.

Holloway, K., (2014), "Uneasy Subjects: Medical Students Conflicts Over the Pharmaceutical Industry", *Social Science & Medicine*, 114 (2014) 113-120.

Holmes, D., (2012), "Skies Darken Over Drug Companies", *World Report*, Vol 379, May 19, pp: 1863-1864.

Illich, I., (2006), *Tüketim Köleliği*, (Çev. M. Karaşahan), İstanbul: Pınar Yayınları.

- Illich, I., (2011), *Sağlığın Gasplı*, (Çev. S.Sertabiboğlu), 2.Basım, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Kara, B., (2013) “Tıptaki Değişimin İnsani Boyutu”, içinde İ. Arslanoğlu (Ed.), *Tıp Bu Değil*, (ss. 95-99), 5.Baskı, İstanbul: İthaki Yayınları
- Karaduman, A., (2003), Toplumsal Cinsiyet, Sağlık ve Kadın; “Kozmetikler ve Kadın”, *HÜKSAM (Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi*, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2003.
- Karasar, N., (1998), *Bilimsel Araştırma Yöntemi*, 8.Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Kaya, Ş.Ş., (2011), “Televizyonda Kadın, Sağlık ve Hastalık”, *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, Cilt: 14, Sayı: 2 – Güz 2011 (118-150).
- Kılıç, S., (2006), ”Biyolojik Silahlar ve Biyoterörizm”, *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, Cilt: 63, No: 1,2,3 (1-20).
- Kinch, M.S., (2015), “Post-Approval Fate of Pharmaceutical Companies”, *Drug Discovery Today*, Volume 20, Number 2, February, 170-174.
- Kleinman, A., (2012), “Medical Anthropology and Mental Health: Five Questions for the Next Fifty Years”, *Medical Anthropology at the Intersections*, Duke University Press. (pp. 178-196).
- Kocaöz, S., Eroğlu, K., (2014), “Kozmetik Ürünler ve Kadın Sağlığı”, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(5), 413-420.
- Korkmaz, A. ve Topal, T., (2006), “Modern Yaşam Tarzı ve Yeni Hastalıklar: Metabolik Sendrom Örneği”, *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(4), (307-316).
- Köker, N.E. ve Maden, D., (2012), “Hazcı ve Faydacı Tüketim Bağlamında Tüketicinin Ürün Temelli Yenilikçiliği Algılaması: Amprik Bir Araştırma”, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 4/2, 94-121.
- Köse, E., (2009), ”Bir Keşif Olarak Modern Kadınlık: Tıp, Beden ve Cinsellik”, *Fe Dergi: Feminist Eleştiri*, Ankara Üniversitesi KASAUM, 2(2009): 71-78.
- Kuş, E., (2009), *Nicel-Nitel Araştırma Teknikleri*, 3.Baskı, Ankara: Anı Yayıncılık.
- Küçükusta, A.R., (2011), *Biri Bizi Hasta Ediyor*, 3.Baskı, İstanbul: Hayykitap.
- Leys, C., (2010) “Sağlık ve Kapitalizm”, içinde L. Panitch, C. Leys (Ed.), *Kapitalizmde Sağlık / Sağlıksızlık Semptomları*, (Çev. U. Haskan), (ss. 15-43), 1. Baskı, İstanbul: Yordam Kitap Basın Ve Yayın Tic.
- Lodziak, C., (2003), *İhtiyaçların Manipülasyonu Kapitalizm ve Kültür*, (Çev.B. Kurt), İstanbul: Çitlembik Yayınları.
- Loeppky, R., (2010) “Kusursuz Servet: Sağlık Endüstrisinde Sermaye Birikimi”, içinde L. Panitch, C. Leys (Ed.), *Kapitalizmde Sağlık / Sağlıksızlık Semptomları*, (Çev. U. Haskan), (ss. 74-99), 1. Baskı, İstanbul: Yordam Kitap Basın Ve Yayın Tic.
- Martin, K.A., Mani, M.V., Mani, A., (2015), “New Targets to Treat Obesity and the Metabolic Syndrome”, *European Journal of Pharmacology*, 763(2015): 64-74.

Mıdık, Ö., (2012), *Hekimlerin Tıbbi Profesyonallığı Kavramsallaştırması ve Kavramsallaştırmayı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Samsun İl Merkezi Örneğinde Fenomenolojik Bir Çalışma*, Doktora Programı, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, İzmir.

Morrison, M., (2015), "Growth Hormone, Enhancement and the Pharmaceuticalisation of Short Stature", *Social Science & Medicine*, 131: 305-312.

Moynihan, R., Cassels, A., (2010), *Satılık Hastalıklar*, (Çev. G. Tamer, E. Yıldırım), 3.Baskı, İstanbul: Hayyikitap.

Mutlu, E., (2005), *Globalleşme, Popüler Kültür Ve Medya*, 1.Baskı, Ankara: Ütopya Yayınevi.

Nazlı, A., (2008), *Hastalık ve Hasta Bedenin Sosyal İnşası: Meme Kanseri Örneği*, İzmir: Güven Kitabevi.

Nettleton, S., (2006), *The Sociology of Health and Illness*, Second Edition, Cambridge, Polity Press, (Google Kitaplar, Erişim: 02.01.2016).

Okumuş, E., (2009), "Bedene Müdahalenin Sosyolojisi", *Şarkiyat İlmi Araştırmalar Dergisi*, Sayı: 2, 1-15.

Özcan, B., (2007), "Postmodernizmin Tüketim İmajları", *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:17, Sayı:1, 261-273.

Özkan, S., Özbay, O.D., Aksakal, F.N., İlhan, M.N., Aycan, S., (2005), "Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Hasta Olduklarındaki Tutumları ve İlaç Kullanım Alışkanlıkları", *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4 (5): 223-237.

Öztürk, G. ve Öymen G., (2013), "Markalama Çalışmalarında Sağlık Vaadli Ürün Reklamlarının Rolü", *II. International Conference On Communication*, Medya, Technology and Design, 02-04 May 2013, Famagusta- North Cyprus (360-364).

Philips, C.B., (2006), "Medicine Goes to School: Teachers as Sickness Brokers for ADHD", *Plos Medicine*, pp.0433- 0435.

Pınar, A., (2010), "Biyolojik Silah Olarak Mikroorganizmalar", *Hacettepe Tıp Dergisi*, 41:97-104.

Pollock, A. and Jones, D.S., (2015), "Coronary Artery Disease and the Contours of Pharmaceuticalization", *Social Science & Medicine*, 131: 221-227.

Rubin, H.J. and Rubin, I.S., (2012), *Qualitative Interviewing the Art of Hearing Data*, Third Edition, Los Angeles: Sage Publications

Sarup, M., (1997), *Postyapısalcılık ve Postmodernizm*, (Çev. A.B. Güçlü), Ankara: Ark Bilim ve Sanat Yayınları.

Serinken, M. ve Kutlu, S.S., (2009), "Biyoterörizm ve Şarbon", *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 9:4, 185-190.

Sezgin, D., (2011), *Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık*, 1.Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

- Sezgin, D., (2015), "Toplumsal Cinsiyet Perspektifinde Sağlık ve Tıbbileştirme", *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, Cilt: 18, Sayı: 1 (Nisan: 153-186).
- Sönmez, M., (2013) "Sağlığa Harcadıkça Sağlıklı mı Oluyoruz?", içinde İ. Arslanoğlu (Ed.), *Tıp Bu Değil*, (ss. 155-163), 5.Baskı, İstanbul: İthaki Yayınları.
- Şanlı, K., (2010), "Influenza Virüsü ve Domuz Gribi", *JOPP (Jinekoloji Obstetri Pediyatri ve Pediyatrik Cerrahi) Derg*, 2(1):4-12.
- Tengilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M., (2011), *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*, 3.Baskı, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Timurturkan, M.G., (2008), "Felsefi Bedenden Sosyolojik Bedene", *Ethos: Felsefe ve Toplumsal Bilimlerde Diyaloglar*, Sayı:1/4, 1-14.
- Tokalak, İ., (2010), *Dünyada Gıda ve İlaç Terörü*, 1.Baskı, İstanbul: Gülerboy Yayınları.
- Turner, B.S., (2011), *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi*, (Çev. Ü. Tathıcan), 1.Basım, Bursa: Sentez Yayın ve Dağıtım.
- Üçer, A.R., (2013) "Big-Pharma Dünyayı Denetliyor", içinde İ. Arslanoğlu (Ed.), *Tıp Bu Değil*, (ss. 66-95), 5.Baskı, İstanbul: İthaki Yayınları.
- Vincent, J.A., (2006), "Ageing Contested: Anti-Ageing Science and the Cultural Construction of Old Age", *Sociology*, 40(4): 681-698.
- Williams, S.J., Martin, P., Gabe, J., (2011), "The Pharmaceuticalisation of Society? A Framework for Analyses", *Sociology of Health&Illness*, 33(5): 710-725.
- Yanıklar, C., (2010), "Tüketim Kültürü, Kapitalizm ve İnsan İhtiyaçları Arasındaki İlişki Üzerine Bir Tartışma", *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 34/1, 25-32.
- Yavuz, C.I., (2013), "Sağlık Hizmetleri ve Kapitalizm", içinde O. Elbek (Ed.), *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır*, 1.Baskı, İstanbul: Hayykitap.
- Yeşilada, E., (2002), "Hekim, Alternatif Tedavi ve Modern Tıp", *Sted*, Cilt:11, Sayı:6, 223-225
- Yılmaz, U., (2013) "Tıp Neydi, Ne Oldu?", içinde İ. Arslanoğlu (Ed.), *Tıp Bu Değil*, (ss. 232-254), 5.Baskı, İstanbul: İthaki Yayınları.
- Zencir, M., (2012), "Sağlık Reformlarının Arka Planı: Sağlık Hizmetlerinin Sermaye Birikim Sürecine Doğrudan Katkısı", *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, Temmuz-Aralık, (49-58).
- Zola, I., (1972), "Medicine As an Institution of Social Control", *Sociological Review*, 20, 487-504.

E- KAYNAKLAR

<http://www.antiagingtr.com> Erişim: 13.06.2015

<http://www.who.int/about/en/> , Erişim Tarihi: 25.05.2016

www.bayer.com.tr , Erişim Tarihi: 24.05.2016

<http://www.abdiibrahim.com.tr> , Erişim Tarihi: 24.05.2016

www.ieis.org.tr , Erişim Tarihi: 14.02.2016

<http://www.tdk.gov.tr> , Erişim Tarihi: 24.03.2016

yavuzdizdar.com, Erişim Tarihi: 11.03.2016

<http://mtayar.uludag.edu.tr/kusg.htm> , Erişim Tarihi: 25. 05.2016

<http://www.cdc.gov/>, Erişim Tarihi: 26.05.2016

<http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/d72004f3f8444dbe860dc70dfc79ca4e.pdf>, Erişim Tarihi: 26.05.2016

<http://www.tkhk.gov.tr/Dosyalar/76b315d35dab44988435e4dca5a4dd86.pdf>, Erişim Tarihi: 26.05.2016

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/zika-cabo-verde/en/>, Erişim Tarihi: 26.05.2016

http://www.vergidegundem.com.tr/c/document_library/get_file?uuid=35a4ce83-c76a-4bc2-b295-aaa9fcdb69aa&groupId=10156 , Erişim Tarihi: 28.05.2016

<http://www.phrma.org/sites/default/files/pdf/PhRMA%20Profile%202013.pdf>, Erişim Tarihi:21.05.2016

<http://www.capital.com.tr/is-dunyasi/soylesiler/firsatlara-bakiyoruz-haberdetay-16565>, Erişim Tarihi: 24.05.2016

<http://www.annualreport2015.bayer.com/>, Erişim Tarihi: 24.05.2016

<http://www.gazetevatan.com/antibiyotik-kabusunda-1-no-lu-sanik-turkler-909284-saglik/>, Erişim Tarihi: 06.12.2016

<http://www.turgutgoksoy.com/>, Erişim Tarihi: 20.06.2016

<http://www.oecd.org/els/pharmaceutical-pricing-policies-in-a-global-market.htm>, Erişim Tarihi: 20.06.2016

EKLER

Ek 1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı ve Soyadı : Naziye Sülük
Doğum Yeri ve Yılı : Denizli/Tavas-1992
Medeni Hali : Evli

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi (2014)
Yüksek Lisans Öğrenimi : Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü,
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı (2017)

Yabancı Dil(ler) ve Düzeyi

1.İngilizce YDS: 41.25

Ek 2- Anket Soruları

Toplumun Farmasötikalizasyon Düzeyinin Değerlendirilmesi

Bu araştırma toplumun ne düzeyde ilaçlarla içli dışlı olduğunu araştırmayı amaçlamaktadır. Anketlerden elde edilecek bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Vereceğiniz cevaplar ne kadar objektif olursa araştırma sonucu da o ölçüde doğru olacaktır. Bu çalışma Prof. Dr. Ramazan ERDEM'in danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi Naziye SÜLÜK tarafından yürütülmektedir. İlginizden dolayı teşekkür ederim. (İletişim için: naz_bacanli@hotmail.com).

1. BÖLÜM: SOSYO DEMOGRAFİK BİLGİLER

- Yaş:
- Cinsiyet: A. Erkek () B. Kadın ()
- Medeni durum: A. Evli () B. Evli Değil ()
- Öğrenim durumu: A. İlkokul () B. Ortaokul () C. Lise () D. Üniversite ()
- Meslek/ Çalışma durumu: A. Çalışıyor () B. Çalışmıyor ()
- Sosyal güvence: A. Var () B. Yok ()
- Nerede oturuyorsunuz? A. İl () B. İlçe () C. Köy ()
- Şu anda hastalığınız var mı? A. Var () B. Yok ()
- Var olan rahatsızlığınızın türü nedir? A. Akut () B. Kronik ()
- Sürekli olarak kullanmanız gereken ilaçlar: A. Var () B. Yok ()

2. BÖLÜM:

Katılma Düzeyi: (1: Hayır, 2: Bazen, 3: Evet)			
Lütfen soruları düşünerek size yakın gelen cevabı veriniz...	Katılma Düzeyi		
1. Hekimin yazdığı her ilacı kullanır mısınız?	1	2	3
2. Hekim tercihinde az ilaç yazan hekim tercih nedeni midir?	1	2	3
3. Hekimin yazdığı ilaç hakkında hekimden bilgi ister misiniz?	1	2	3
4. Eczaneden ilacı alırken ilaç hakkında bilgi alır mısınız?	1	2	3
5. Aldığınız ilacın prospektüsünü okur musunuz?	1	2	3
6. İlacınızın Fayda/ zarar/ yan etkilerine dikkat eder misiniz?	1	2	3
7. Hasta olmadığınız halde (önlem/ korunma amaçlı) ilaç kullanır mısınız?	1	2	3
8. Evde bulunsun diye ilaç yazdırır mısınız?	1	2	3
9. Başkası adına ilaç yazdırır mısınız?	1	2	3
10. Sırf ilaç yazdırmak için hekime başvurduğunuz olur mu?	1	2	3
11. Kullanmadığınız halde ilaç bulundurur musunuz?	1	2	3
12. Bir yerden bir yere giderken yanınıza ilaç alır mısınız?	1	2	3
13. Medyanın ilaç kullanmayı tetiklediğini düşünüyor musunuz?	1	2	3
14. İlaç kullanmayı seviyor musunuz?	1	2	3
15. İlacın bir rahatsızlığınıza iyi gelirken başka bir rahatsızlığa sebep olabileceğini düşünüyor musunuz?	1	2	3
16. Yan etkilerinden yola çıkarak vücudunuzun o ilaca olumsuz tepki verdiğine şahit oldunuz mu?	1	2	3
17. Sizce ilaç kullanımı toplumun geleceği için tehdit oluşturuyor mu?	1	2	3
18. Çevrenizdekileri düşündüğünüzde ilaçla içli dışlı olduklarını düşünüyor musunuz?	1	2	3

Ek 3

GÖRÜŞME SORULARI

1. İlaç kullanımının artışıındaki temel etmenler nelerdir?
2. Gereksiz/aşırı ilaç kullanımının kısa ve uzun vadede olumlu/olumsuz etkileri nelerdir?
3. İlaç kullanımındaki artış toplumun geleceği için nasıl bir tehdit oluşturmaktadır?
 - İlaçsız yaşam mümkün müdür?
 - Fitoterapi eğitilmiş hekimlerin bakanlık onaylı bitkisel ilaçları reçetelendirmeleri hakkında ne düşünüyorsunuz?
4. Toplumun ilaç ile içli dışlı olmasına çözüm önerileriniz nelerdir?