

**T. C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

Tez Yöneticisi
Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN

**TRAKYA ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE
ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN
ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN AKILCI İLAÇ
KULLANIMI İLE İLGİLİ BİLGİ TUTUM VE
DAVRANIŞLARI**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Mehriban ÖZKAN

EDİRNE – 2019



TEŞEKKÜR

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki uzmanlık eğitimim süresince emeği geçen değerli hocalarım Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Neziha DAĞDEVİREN'e, Prof. Dr. Serdar ÖZTORA'ya ve Dr. Öğretim Üyesi Önder SEZER'e, hem asistanlık eğitimimde hem tez sürecinde desteğiyle beni yüreklendiren değerli hocam Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'a, birlikte çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma ve her zaman yanımda olan eşim İlhan ÖZKAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
AİLE HEKİMLİĞİNİN GELİŞİMİ VE AİLE HEKİMLİĞİNDE İLAÇ	
UYGULAMALARI.....	3
İLAÇ VE İLACIN TOPLUM SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ.....	5
AKILCI (RASYONEL) İLAÇ KULLANIMI VE İLKELERİ.....	6
TÜRKİYE’DE AKILCI İLAÇ KULLANIMININ GÜNCEL DURUMU.....	9
SAĞLIK BAKANLIĞI’NIN AKILCI İLAÇ KULLANIMI	
KONUSUNDAKİ FAALİYETLERİ.....	11
AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI VE İLAÇ GÜVENLİĞİ	
İZLEMİ.....	13
TÜRKİYE’DE VE DÜNYADA İLAÇ HARCAMALARI.....	16
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	18
BULGULAR.....	20
TARTIŞMA.....	48
SONUÇLAR.....	62
ÖZET.....	64
SUMMARY.....	66
KAYNAKLAR.....	68
EKLER	

SİMGE VE KISALTMALAR

AİK : Akılcı İlaç Kullanımı

AOİK : Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

SB : Sağlık Bakanlığı

AE : Advers Etki

GİRİŞ VE AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ilaç; “fizyolojik veya patolojik durumlarda, alanın yararı veya değişimi amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen madde veya ürün” şeklinde tanımlanmaktadır. İlaçlar; kimyasal, bitkisel ve biyolojik kaynaklı olan, hastalıkların teşhis ve tedavisinde kullanılan ürünlerdir. İlaçların yanlış kullanımı yaşama son verebilirken, doğru kullanıldığında ise insan sağlığını ve yaşamını tehdit eden durumları ortadan kaldırmaktadır. İlaçlar, yeterli doz ve uygun sürede kullanıldığında insan sağlığına katkısı tartışılmazdır (1,2).

Dünya Sağlık Örgütü akılcı ilaç kullanımını; “kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri” şeklinde tanımlamıştır. Akılcı ilaç kullanımı; yürütme ve izlem süreçleri ile ilaç tedavisinin daha etkili, güvenli ve ekonomik şekilde uygulanmasına olanak sağlar. DSÖ’nün verilerine göre, dünya genelinde tüm ilaçların yaklaşık yarısı uygun olmayan şekilde reçetelenmekte, satılmakta veya uygulanmaktadır. Tüm hastaların yarısından fazlası da ilaçlarını doğru şekilde kullanamamaktadır (3). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) toplum sağlığını etkileyen ciddi bir sorundur. Bu nedenlerden dolayı dünyada çeşitli çözüm yolları üretilmeye, geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bu bağlamda “Akılcı İlaç Kullanımı (AİK)” çalışmaları başlatılmıştır (4).

İlaçların akılcı kullanılması insan sağlığı, ülke ekonomisi ve kaynakların gereksiz kullanımının önüne geçilmesi gibi sebeplerle her geçen gün daha çok önem kazanmaktadır. Günümüzde ilaç kullanımı, sağlık hizmetleri açısından olmazsa olmaz bir konudur. Akılcı ilaç kullanımı, ilaçların hem bireysel hem de toplumsal düzeyde hastalıkların önlemindeki rolünden dolayı ayrı bir öneme sahiptir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı ise ülkemizdeki sağlık

harcamalarında ciddi bir paya sahiptir. Sağlık Bakanlığı tarafından, akılcı ilaç kullanımında mevcut durumun değerlendirilmesi amacı ile Erzurum, Bolu ve Adıyaman illerinde yapılan çalışmalarda reçetelerin hem maliyet hem de kutu sayısı bazında %50'nin üzerinde akılcı olmadığı (irrasyonel) tespit edilmiş ve iki ilaçtan birinin yanlış ya da gereksiz reçete edildiği belirlenmiştir (3) .

Akılcı olmayan ilaç kullanımının (AOİK) nedenleri olarak, hem kullanıcılar hem de sağlayıcıların bilgi eksikliği, tıp eğitimi ve öğretimindeki yetersizlikler ve hatalar, sağlık profesyonelleriyle hastalar arasındaki iletişim eksikliği, tanısal imkânların yetersizliği, hastaların ilaç yazdırma talepleri, ilaçla ilgili etkili olmayan yasal düzenlemeler ve ilaç firmalarının promosyon aktiviteleri sayılmaktadır (3).

Hekimler, akılcı ilaç kullanımı çerçevesinde yürütülen faaliyetlerde en fazla odaklanılan meslek grubudur. Bu nedenle hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki değerlendirmelerinin bilinmesi, akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması için yürütülen tüm faaliyetlerde faydalı olacağı gibi süreçte yaşanan aksaklıkların kaynağının belirlenmesinde de yardımcı olacaktır. Bu nedenle doktorların hem okul eğitimleri hem de meslek yaşamlarındaki eğitimleri sırasında akılcı ilaç kullanımı konusunda gerekli tutum ve bilgilere sahip olmaları gerekmektedir.

Bu çalışmanın amacı Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesidir.

GENEL BİLGİLER

AİLE HEKİMLİĞİNİN GELİŞİMİ VE AİLE HEKİMLİĞİNDE İLAÇ UYGULAMALARI

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak, hastalandıklarında tedavilerini gerçekleştirmek, tam olarak iyileşemeyip engelli kalanların başkalarına bağımlı olmadan yaşamlarını idame ettirmelerini sağlamak ve toplumların sağlık düzeyini arttırmak için yapılan planlı çalışmaların tümü “sağlık hizmeti” olarak tanımlanmaktadır (5).

Hekimlik mesleği yüzyıllar boyu tedavi edici hizmet olarak kabul görmüş ve uygulanmıştır, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi ve uygulamaları ise son yüzyıl içinde kendine yer bulmuştur. Her bireyin sağlık dahil tüm sosyal haklara sahip olması gerekliliği 1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde yerini almıştır (6).

Toplum sağlığı açısından birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi 1978 yılında Alma Ata’da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı’nda belirlenmiştir. Türkiye’de ise 1961 yılında kabul edilen “224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun” ile birinci basamağı sağlık sisteminin merkezine yerleştiren ve sevk zincirini başlatan sistem Alma-Ata konferansından çok önce birincil bakımın önemini vurgulamıştır (5). Sosyalleştirme ile bütün ülkede halkın sağlık seviyesini yükseltmek amaçlanmış ve bu amaçla koruyucu hekimlik hizmetlerinin geliştirilmesine öncelik verilmiştir. Tedavi edici hekimlik hizmetleri ise koruyucu hekimlik çalışmalarını tamamlayan bir unsur olarak ele alınmıştır. Hasta bakımı hizmetlerinde az sayıda nüfusun faydalandığı ve pahalı bir hizmet olan hastanecilik yerine, evde ve ayakta tedaviyi sağlayan ve küçük toplumlara kadar yayılan bir sağlık yapısının kurulmasına öncelik verilmiştir (7). Bu yasa sağlık hizmetlerine beş temel ilke getirmektedir. Bunlar; sağlık

hizmetlerinin herkese, her yerde ve her zaman verilmesi, hizmetin kabul edilebilir olması, entegre sağlık hizmeti (koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin birlikte sunulması), kademeli hizmet anlayışı ve ekip anlayışıdır (5).

Birinci basamak sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yokedilmesi ve toplumun bu faktörlerin etkisinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal yetisi azalmış olanların rehabilitasyonunu da kapsayan tıbbi faaliyetler olarak tanımlanmaktadır. Dünya Bankası 2003 yılında Türkiye’de Temel Sağlık Hizmetleri’nin sunumunu güçlendirmek amacıyla Aile Hekimliği kavramı ve uygulamasının benimsenmesi gerektiğini ifade etmesi üzerine Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından aile hekimliği uygulamaya konmuştur (5).

Avrupa Aile Hekimliği Birliği (WONCA) Aile Hekimliği’ni, “Kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temelli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamağa odaklı klinik bir uzmanlık” olarak tanımlamaktadır (5). Aile hekimliğini ilk dile getiren ve teorisini olarak kabul edilen Dr.Francis Peabody’dır. Dr.Francis Peabody toplumda sağlık sorunlarına temel yaklaşımın önemini vurgulayarak bu sorunları bir bütün olarak değerlendirecek hekimlere ihtiyaç duyulduğunu belirtmiştir. Aile Hekimliği uygulaması ilk defa 1966 yılında Amerikan Tıp Birliği tarafından yayınlanan Millis ve Willard raporları ile tanınmış bir uzmanlık alanıdır (8).

Türkiye’de 2005 yılına kadar sağlık ocakları ile sunulmakta olan birinci basamak sağlık hizmetleri, “Sağlıkta dönüşüm programı” ile aile hekimleri tarafından verilmeye başlanmıştır. Aile Hekimliği Pilot Kanunu ile yürütülen çalışmalar sonucunda 2008 yılı sonlarında 33 ilde aile hekimliği uygulamasına geçilmiş ve yeni iller hızla uygulamaya dahil edilmektedir. Aile hekimliği uygulaması, sigorta sistemine dayanan, bir bölgeye ait nüfusa göre örgütlenmiş, tedavi hizmetlerine odaklı, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri birbirinden ayıran ve hekim odaklı bir uygulamadır (5).

Aile hekimliği, sağlık hizmetlerine ulaşmada ilk başvuru yeridir. Aile hekimleri yaş, cinsiyet ve rahatsızlık ayrımı yapmaksızın tıbbi bakım arayan her bireye kendi aile, toplum ve kültürleri bağlamında kapsamlı ve sürekli bakım sağlamadan sorumlu kişisel doktorlardır. Her zaman hastalarının özerkliğine saygı duyarlar, topluma karşı mesleki sorumluluk taşırlar. Rahatsızlıklarının yönetimini hastalarıyla görüşürken, yineleyen temaslarla oluşan bilgi birikimini ve güveni kullanarak bedensel, ruhsal, toplumsal, kültürel ve varoluşsal etkenleri birlikte değerlendirirler. Aile hekimleri mesleki görevlerini, sağlığı geliştirerek, hastalıkları önleyerek, sağaltım, bakım ya da rahatsızlıklarda azalma sağlayarak yerine getirirler (9).

Aile hekimliği, hastaları uzun süre takip edebilme, izleyip değerlendirebilme ve yeterli zamanı ayırarak tedavi düzenleyebilme avantajlarına sahiptir. Bu nedenle, aile hekimleri sağladıkları diğer sağlık hizmetlerinin yanı sıra bu avantajları sayesinde de Türkiye’de akılcı ilaç kullanımı yaygınlaştırılmasına önemli katkılar sağlamaktadır. Türkiye’de halen yazılmakta olan reçetelerin büyük çoğunluğu aile hekimleri tarafından yazılmaktadır (10).

Aile hekimi toplum yönelimli, birey merkezli yaklaşımıyla, sağladığı bütüncül, kapsamlı ve sürekli sağlık hizmeti ile bu ilkelerin uygulanmasında kilit konumdadır. Tanı koyma, ilaç tedavisine karar verme, uygun ilacın reçete edilerek bireyin ve yakınının bilgilendirilmesi, uygulama sürecinde gerekirse hemşire, eczacı ve diğer sağlık çalışanlarıyla paylaşılması, tedavi sürecinin izleminin akılcı ilaç kullanımı (AİK) ilkelerine göre uygulanması aile hekiminin sorumluluğundadır (10).

Aile hekimleri AİK uygulamalarının yaygınlaştırılmasına katkıda bulunacak en güçlü gruptur. Bu nedenle AİK’e ilişkin eğitimin gerek uzmanlık eğitimi, gerekse sürekli mesleksen gelişim etkinliklerine entegre edilmesi, aile hekimlerinin AİK konusunda desteklenmesi gereklidir (11).

İLAÇ VE İLACIN TOPLUM SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ

Dünya Sağlık  rg t  (DSÖ) tarafından ilaç; “fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, alanın yararı için değiştirmek ya da incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün” olarak tanımlanmaktadır (12). Rönesans devri bilginlerinden Paracelsus “Bütün maddeler zehirdir, zehir olmayan hiçbir madde yoktur. Zehirle ilacı birbirinden ayıran onun dozudur” demiştir. Türk Dil Kurumu (TDK) ilacı “Bir hastalığı iyi etmek veya önlemek için türlü yollarla kullanılan madde,” şeklinde tanımlamaktadır (1).

İlaç, bireysel ve toplumsal düzeyde hastalıkların önlenmesi ve hastalıklarla mücadelede önemi olan teknoloji ürünüdür. İlaç, doğru kullanıldığında insan sağlığını ve yaşamını tehdit eden olumsuzluklara son verirken, yanlış kullanıldığında yaşama son verebilen bir madde olması nedeniyle, insan ve toplum sağlığında önemli bir yere sahiptir (2). İlaçlar sağlık hizmetinin ayrılmaz bir parçasıdır ve gerekli ilaçlar olmadan modern sağlık bakımı mümkün değildir. İlaçlar sadece hayat kurtarmaz ve sağlığı geliştirmezler, salgınları ve hastalıkları da önlerler. İlaçların ulaşılabilirliği her insanın temel hakkıdır (13).

İlacın, koruyucu ve tedavi edici etkilerinin yanında oluşturabileceği yan etkilerin varlığı ve sağlık harcamalarında önemli bir payı olması, ilaç kullanımını daha da önemli hale getirmektedir. Ayrıca tüketicinin bu konuda bilgi eksikliğinin olması konunun önemini daha da

artırmaktadır. Tüm dünyada etkisiz, yüksek maliyetli, yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı konusunda halkın ve sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesi son derece önemli bir konudur (2).

Tıpta son yüzyılda yaşanan gelişmelere paralel olarak hastalıkların tanı ve tedavisinde kullanılan ilaç sayı ve çeşitliği dramatik bir şekilde artış kaydetmiştir. Belirli bir endikasyonda kullanılmak üzere geliştirilmiş çok sayıda ilaç klinik kullanımına sunulmuştur. Ancak aynı endikasyonda kullanılmalarına rağmen etki güçleri, biyoyararlanımları, toksik etkileri, kullanım şekilleri ve maliyetleri açısından çeşitlilik gösterirler. Hekimlerin bu ilaçlar arasından hastalarına en uygun olanını seçmesi, Hipokrat hekimliğinin ana ilkesi kabul edilen “önce zarar verme” özdeyişi ile, hastaya vermeden önce seçilen ilacın hastaya sağlayacağı yararın, toksik yan etkilerine göre değerlendirilmesini gerektirir (14-16).

İlaç sayısı ve kullanımının giderek artması, mevcut ilaçlar ile ilgili deneyimlerin artması, yeni tedavi seçeneklerinin ortaya konması gibi daha birçok faktör, hekimlerin ve hekim adaylarının ilaç kullanımı konusunda “akılcı” (rasyonel) davranmalarını zorunlu kılmaktadır (14-16).

AKILCI (RASYONEL) İLAÇ KULLANIMI VE İLKELERİ

Akılcı ilaç kullanımı kavramı, M.Ö. 300’lü yıllara kadar dayanan eski bir kavramdır. Yıllar geçtikçe, ilaçların rasyonel kullanımı etkili ve kaliteli sağlık hizmeti sunmada kilit ilkelere biri haline gelmiştir. DSÖ 1985 yılında Nairobi’de düzenlenen bir toplantıda, AİK; “Hastaların ilaçları klinik gereksinimlerine uygun biçimde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyetle almaları için uyulması gereken kurallar bütünü” olarak tanımlamıştır (17,18).

Dünya Bankası ise rasyonel ilaç kullanımını iki ana prensip şeklinde vurgulamıştır: etkinlik, güvenlik ve uygunluk ile ilgili bilimsel verilere göre ilaçların uygulanması; ve sağlık sisteminin belirli kısıtlamaları içindeki ilaçların uygun maliyetli kullanımı (17).

Dünya Sağlık Örgütü ve Dünya Bankası’nın tanımları genel olarak tıbbi bir terapötik görüş üstlenmektedir; bununla birlikte, ilaçların rasyonel kullanımı, tüketicinin veya hastanın bakış açısından da görülebilir. Tıbbi açıdan rasyonel sayılan, hasta tarafından irrasyonel olarak kabul edilebilir veya bunun tersi de mümkündür. Bu nedenle rasyonel ilaç kullanımının bütünsel bir şekilde anlaşılması, hem tıbbi hem de hasta perspektiflerinin olması önemlidir (17).

Bir başka deyişle AİK bir topluma özgü özelliklerine uygun, etkili ve güvenli ilaçların seçimi, gerekli miktarda üretilmesi, dağıtımı ve satışı, doğru amaçla ve uygun şekilde

kullanılması, bu konuda sağlık personeli ve toplumun eğitilmesi, sonuçların değerlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gibi çok geniş bir perspektifi içeren bir terimdir (19).

Akılcı ilaç kullanımı süreci, hastanın probleminin dikkatlice tanımlanması, tedavi amaçlarının belirlenmesi ve değişik seçenekler içinden etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir bir tedavi seçilmesi, sonra da uygun reçete yazılıp, hastaya verilecek açık bilgiler ve önerilerle tedaviye başlanması, tedavinin sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan sistematik bir yaklaşımdır. Tüm bu süreçte ilaç dışı tedavi yaklaşımlarının dikkate alınması, doğru bilgilendirme ve hasta katılımının sağlanması esastır. İlaç kullanımında akılcılık, deney ve gözleme dayalı bilgi birikimiyle oluşturulmuş bir tecrübe durumunu ve bunun, sonraki tıbbi tanı ve tedavi edici hekimlik süreçlerinde verimli ve etkili kullanımını ifade etmektedir (14,20).

Akılcı ilaç kullanımı, diğer adıyla rasyonel ilaç kullanımı, sağlık yönetim sistemlerinin bir parçasıdır ve kişilerin sağlık ve sosyo-ekonomik özelliklerine etki etmektedir. AİK, ilaçlarla ilgili doğru ve tam bilgiye sahip olma ile yakından ilişkilidir; aynı zamanda, hekim tarafından verilen ilaç tedavisinin güvenli, etkili ve en ekonomik biçimde uygulanmasına olanak tanıyan bir süreçtir. Bu nedenle ilaçlarla ilgili objektif, tam, güncel, ulaşılabilir bilginin tüm taraflara sağlanması gereklidir. Akılcı ilaç kullanımında sorumluluk hasta, doktor ve sağlık kurumu olmak üzere üç farklı ancak birbirinin tamamlayıcısı gruptadır. Tarafların akılcı davranış sergileyebilmeleri için iyi niyetli yaklaşımın içinde olmaları, yeterli bilgi ve beceri düzeylerine sahip olmaları gerekmektedir. Akılcı ilaç kullanımının sağlanabilmesi devletin, ilaç endüstrisinin, başta hekim ve eczacılar olmak üzere sağlık personelinin ve toplumun akılcı davranmasını gerektirmektedir (21).

Akılcı ilaç kullanım ilkeleri;

- Hastayı biyopsikososyal açıdan tümüyle değerlendirmek
- Sadece gerektiği zaman gereken ilacı kullanmak
- Doğru ilacı uygun doz ve sürede kullanmak
- Etkinliği en fazla olan ilacı seçmek
- Etkinliği ve güvenilirliği eşdeğer ilaçlar içinden en az yan etkisi ve en ucuz olanı seçmek
- Gereksizce çoklu ilaç kombinasyonundan kaçınmak
- Hastayı tedavi süresince yeterli sıklıkta izleyerek ilacın etkinliğini değerlendirmek.

Bir başka deyişle; doğru tanının konması, prognozun belirlenmesi, tedavi amaçlarının saptanması, tedavi seçeneklerinin gözden geçirilmesi, uygun tedavinin seçimi, ilaç tedavisi gerekli ise reçetenin doğru biçimde yazımı ve takiptir. Tüm bu süreçte ilaç dışı tedavi seçeneklerinin dikkate alınması, ilaçlar için etkililik, uygunluk, güvenlilik ve maliyet analizinin

özenle yapılması, risklerin en aza indirilmesi, doğru bilgilendirme ve hasta katılımının sağlanması esastır (22).

Hastasının durumunu etraflı bir şekilde inceleyip tanı koyduktan sonra mevcut ilaçlar arasından en uygununu seçecek ve buna göre reçete yazacak olan sorumlu kişi hekim olduğundan, hekimin yükümlülüğü ve davranışı akılcı ilaç kullanımının birincil önemdeki oğesini oluşturur. Hekimin ilaç kullanım kararını verirken DSÖ tarafından ilaç reçete etmede ve ilaç seçiminde hekimlere yardımcı olması amacıyla oluşturulmuş iyi reçete yazma rehberinden yararlanmaları son derece önemlidir. Bu rehber, ilaç seçiminde etkinlik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet ölçütlerinden oluşmaktadır (23).

- Etkinlik, ilaç tercihinin ilk ve en önemli ölçütüdür. İlacın farmakodinamik ve farmakolojik özelliklerini içermektedir. Bu kriter, ilacın ne amaçla kullanıldığını belirtir. Burada üzerinde önemle durulması gereken nokta ilacın etkinliğine ilişkin kanıtların ne olduğudur. Bir başka ifade ile ilacın beklenen veya istenilen etkileri gösterebilecek özelliklere sahip olması durumudur (23).

- Güvenlik, ilaç kullanımında istenmeyen durumları bir başka ifade ile ilacın yan etkilerini ifade etmektedir. İlaç reçete ederken, kişiye özel oluşabilecek alerji ve yan etkiler sorulmalı ve dikkate alınmalıdır. Bu durumda istenen, yarar/zarar etkisinin kabul edilebilir bir oranda olmasıdır. Diğer taraftan, hastanın birden fazla hekim ile ilişkisinin olduğu ya da hastanın birden fazla ilaç kullandığı durumlarda alınacak olan ilaçların aynı eczanelerden temin edilmesi, ilaçların kullanımdan sonra ortaya çıkabilecek ilaç etkileşimlerinin takip edilmesi açısından bir kolaylık sağlayacaktır (23).

- Uygunluk: Hastanın belirlenen sürecindeki uyumu kadar, hekimin tedavi için belirlediği ilacın hastaya uygun olup olmadığı da akılcı ilaç kullanımında önemli bir husustur. İlaç tedavisinde kişiye uygunluk temel kriter olarak alınsa da, mevcut ilaç seçenekleri arasında daha önce bilinen, kullanılan ve güvenilirlik açısından tecrübe edilen kişilerin yararına olacaktır (23).

- Maliyet: Hastaların kendi bütçelerine ve topluma en az maliyetli olan ilaçları tercih etmesidir. İlaçlara erişim kabul edilebilir bir maliyette olmalıdır. Ülkede yaşayan vatandaşların gelir düzeyleri ve sigorta türleri göz önünde bulundurulmalıdır (23).

Reçete yazım sürecinde ilaç dışı tedavi seçeneklerinin dikkate alınmış olması hekimler tarafından özellikle dikkat edilmesi gereken diğer bir durumdur (24).

İlacın hekim tarafından akılcı bir yaklaşımla seçilmesi, hekimin genel tıp bilgi ve deneyiminin yanında, o ilaçla ilgili yeterli ve güncel bilgiye sahip olmasına dayanır. Tedaviye başlamadan önce hasta, hastalığı ve tedavisi hakkında bilgilendirilmeli, kullanacağı ilacın

etkisi, yan etkisi, kullanım talimatı ile ilgili gerekli uyarılar yapılmalı ve anlatılanların anlaşılıp anlaşılmadığı sorgulanmalıdır. Tedavi sonucunun değerlendirilmesi için hastanın belli aralıklarla izlenmesi gerekmektedir. İzlem sırasında sorun giderilmiş ise tedavi sonlandırılabilir. Sorun giderilememiş ise, tanının, tedavi hedeflerinin doğruluğu, seçilen ilacın uygunluğu, ilacın doğru reçete edilip edilmediği, tedavi sürecinin hastaya doğru anlatılıp anlatılmadığı, hastanın ilacı doğru kullanıp kullanmadığı, etkinin doğru izlenip izlenmediği gözden geçirilmelidir (25).

TÜRKİYE’DE AKILCI İLAÇ KULLANIMININ GÜNCEL DURUMU

Dünya Sağlık Örgütü tarafından AİK’nın yaygınlaştırılması için çeşitli önerilerde bulunulmuştur. Bunlar; ilaç kullanım politikalarının denetimi için multidisipliner bir kurumun kurulması, klinik kılavuzların hazırlanması, temel ilaç listesinin oluşturulması, hastanelerde ilaç komitelerinin kurulması, tıp fakültelerinde probleme dayalı farmakoterapi eğitimi verilmesi, sürekli tıp eğitiminin bağlayıcı şekilde uygulanması, kontrol ve geribildirim sisteminin oluşturulması, ilaçlarla ilgili tarafsız bilgi sağlanması, toplumun ilaçlar hakkında eğitilmesi, uygunsuz finansal teşviklerin önlenmesi, uygun bir yasal düzenlemenin hayata geçirilmesi, ilaçların ve personelin sürekli varlığı için gerekli harcamaların hükümetçe yapılmasıdır (22).

Bu kapsamda birçok ülkede akılcı ilaç kullanımı konusunda çalışmalar başlatılmıştır. Bu çalışmaların başlatıldığı ülkelerden birisi de Türkiye’dir.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı” bileşenlerinden biri olan ve 2003 yılında başlatılan akılcı ilaç kullanımında bağımsız kurumlar oluşturularak ilaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırılması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslararası normları yakalamak amaçlanmıştır. Bu amaçlar doğrultusunda birçok çalışma yapılmış ve uygulama başlatılmıştır. Bu çalışmalardan birisi de hastanelerde Akılcı İlaç Kullanımı ve Akılcı Antibiyotik Kullanımı ile ilgili komitelerin oluşturulması ve çalışanlara eğitimler verilerek farkındalık yaratılması olmuştur (26).

- Akılcı ilaç kullanımını icra edecek sağlık personeli yetiştirmeye çalışılmış olması
- Akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırmak için farkındalık faaliyetlerine başlanmış olması
- Aile hekimliği uygulamasına geçilmiş olması
- Ülke genelini kapsayan Genel Sağlık Sigortası uygulamasının yürürlükte olması
- Ulusal düzeyde AİK Koordinasyonuna aracılık eden Sağlık Bakanlığı Akılcı İlaç

Kullanımı Merkez Teşkilatı'nın ve bunun illerdeki sağlık kuruluşlarındaki birimlerinin kurulmuş olması

- Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından elektronik reçete uygulamasına geçilmiş olması
- Reçete izlem ve denetleme sistemlerine sahip olunması
- Bu konularda uluslararası düzeyde yeterli donanımına sahip akademik ve idari personele sahip olunması
- Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çok sayıda araştırma, rapor ve planlamaya sahip kurum ve kuruluşlarının mevcut olması gibi durumlar, Türkiye'de AİK'nın hızla yaygınlaştırılmasını kolaylaştıran etmenlerden bazıları olarak sıralanabilir (27).

“Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu” düzenleyici kurum olarak 2011 yılı kasım ayında kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde 2010 yılında Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü kurulmuş ve çalışmalarına başlamıştır. Sağlık çalışanlarına yönelik sürekli tıp eğitimi çalışmaları ise çeşitli kurumlarca değişik zamanlarda gerçekleştirilmektedir. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından, “uzaktan eğitim yöntemi ile akılcı ilaç kullanımı eğitimi” ne yönelik bir Avrupa Birliği Hayatboyu Öğrenme Programı projesi gerçekleştirilmiş ve pilot çalışmaları tamamlanmıştır. Bu noktada eğitimin, doğru tutum ve davranışların gelişmesinde özel bir yeri olduğu vurgulanmalıdır (22) .

Türkiye'nin bir temel ilaç listesi bulunmamaktadır. “Ulusal Temel İlaç Listesi” ve “Ulusal İlaç Formülleri” hazırlanması konusunda öneride bulunulmuş ancak henüz hayata geçirilmemiştir. İngiliz Ulusal Formülleri'nin uyarlanması ile hazırlanan “Türkiye İlaçla Tedavi Kılavuzu” ise Prof. Dr. S. Oğuz Kayaalp tarafından 1999 yılında çıkartılmış, düzenli güncellenmiş ve 6. Baskısı 2011 yılında yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından çeşitli tanı ve tedavi rehberleri hazırlanmıştır. Pratisyen hekimlerle yapılan bir çalışmada 380 hekimden 208'i (%54,7) ilaçlarla ilgili bilgi ihtiyaçlarını karşılayamadıklarını belirtmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda ilaç ve ilaçla tedavi ile ilgili bilgi kaynakları açısından ülke genelinde eksiklik bulunduğundan bahsedilebilir (22).

Reçeteye tabi ilaçların sadece reçete ile temin edilebileceği, “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmelik” ile açıkça belirtilmiştir. Reçeteye tabi olma kriterleri arasında “doğru kullanılsalar bile, tıbbi gözetim altında kullanılmadıklarında doğrudan veya dolaylı şekilde sağlık açısından tehlike oluşturmaları” ve “sıklıkla ve yaygın olarak yanlış kullanılmaları ve bunun sonucunda insan sağlığı için doğrudan veya dolaylı şekilde tehlike

oluşturmaları” ifadeleri yer almıştır. Bunlara rağmen reçeteye tabi ilaçların reçetesiz olarak satılma sorunu hala devam etmektedir (22).

SAĞLIK BAKANLIĞI’NIN AKILCI İLAÇ KULLANIMI KONUSUNDAKİ FAALİYETLERİ

Türkiye’de 1990’lı yıllarda başlatılan AİK faaliyetleri, DSÖ’nün önerileri doğrultusunda yürütülmektedir. Bunların bir kısmı akademik, eğitim, araştırma, sivil toplum kuruluşu faaliyetleri vb. adlar altında yapılmakla birlikte önemli kısmı SB’nin öncülüğünde ve desteğiyle dünden bugüne gelmiş faaliyetlerdir. Geçmişten bugüne yürütülmekte olan bu faaliyetlerin başlıca öne çıkanlarını özetlersek;

- Sağlık Bakanlığı 1992 yılında AİK ile ilgili saha çalışmalarını başlatmıştır. Tıp Fakültelerinde “Probleme dayalı akılcı tedavi eğitimi” uygulanmasına ve yaygınlaştırılmasına aktif katkı sağlanmaya çalışılmıştır. Türkiye’de, Yemen’de ve Avrupa’nın değişik ülkelerinde yapılmış çok sayıda çalışma, AİK eğitimlerinin gereği gibi uygulanması halinde, başarılı sonuçlar alınabildiğini ortaya koymaktadır (28,29).

- Orta Vadeli İşbirliği Programı kapsamında 1998/99’da DSÖ ile SB arasında AİK konusunda bir çalışma başlatılmış ve AİK’in yaygınlaştırılmasına dönük çalışma toplantıları, bilgilendirici bir takım faaliyetlerde bulunulmuştur (29).

- İlk 1999 yılında basılan “Türkiye İlaç Kılavuzu - TİK” hekim ve eczacılara tavsiye edilmiştir (29).

- Sağlık Bakanlığı, AİK ile ilgili pek çok eğitim faaliyetine destek sağlamıştır. Bu sayede aralarında günümüzde AİK ile çeşitli platformlarda uğraş veren çoğu hekim AİK konusunda bilgili yetişmiş insan gücü kazanımına katkıda bulunulmuştur (29).

- Tanı ve Tedavi Rehberinin 2002-2003 yıllarında ilk kez basımı ve revizyonu yapılmıştır. DSÖ’nün “Reçete Yazma Rehberi” ve “Eğiticilere Yönelik Reçete Yazma Rehberi” ve “Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Halk Eğitimi” kitabı ve ilgili bazı başka kaynaklar Türkçeye çevrilmiş ve basımları gerçekleştirilmiştir (22,29).

- “AİK Çalıştayı” 2006’da gerçekleştirilmiştir ve eczacılıkta AİK eğitimi uygulanmaya başlamıştır.

- Sağlık Bakanlığı tarafından “Uzaktan Erişimle AİK Eğitimi” 2010 yılında ön çalışma programı başlatılmıştır ve “Ulusal AİK Koordinasyon Kurulu” kurulmuştur (29) .

- Sağlık Bakanlığı tarafından “İlaç Takip Sistemi”ne ve karekod uygulamasına 2010

yılında geçilmiştir. Sistemin amaçları arasında “farmakovijilans, sahte ilaçlardan ve sahte ambalajlardan korunma” da yer almaktadır. Hastane işleyişinin akılcı ilaç kullanımı ilkeleri çerçevesinde yürütülmesi ve farkındalık oluşturulması açısından “Hastane Hizmet Kalite Standartları; Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Kılavuz”, SB tarafından yayımlanmıştır. Bu yönetmelik ile “beşeri tıbbi ürünlerin akılcı kullanımını temin etmeye yönelik yapılacak tanıtım faaliyetlerinde uyulması gerekli kurallar” belirlenmiştir. Bu konuda ek bilgileri içeren “Akılcı İlaç Kullanımı Oturumları Hakkında Kılavuz” da 2011 yılı ekim ayında yayımlanmıştır (22).

- Uluslararası İlaç Kullanımı Geliştirme Konferansı 2011’de Antalya’da yapılmıştır (29).
- Kasım 2011 tarihinde 28103 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 663 Sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümde Kararname” ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) kurulmuştur (29).
- “Akılcı İlaç Kullanımı” kitabı 2013 yılında SB Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanmıştır (29).
- Makam Onayı ile yürürlüğe konulan 23 Ocak 2014 tarihli ve 9573 sayılı “Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumunun Hizmet Birimlerine Bağlı Daire Başkanlıklarının Görevlerine Dair Yönerge” ile, ilgili dairenin adı “Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi olarak değiştirilmiştir. AİK ile ilgili iş ve işlemler takip edilmekte ve yürütülmektedir (29).
- “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017” kapsamında sorumluluğu olan kamu kurum/kuruluşlarından temsiliyetin sağlandığı “AİK Bilimsel Danışma Kurulu” kurulmuştur. “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017” uygulamaya konulduktan sonra Mart 2014’te 81 ilde AİK faaliyetlerini yürütmek ve koordinasyonu sağlamak amacıyla; İl Sağlık Müdür Yardımcısı’nın koordinatörlüğünde İl Sağlık Müdürlüğü, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve 12 Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterlikleri’nden en az bir teknik çalışanın temsilci olduğu “AİK İl Koordinatörlüğü” açılmıştır (29).

Bugün TİTCK’nın "Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi'ne bağlı "Akılcı İlaç Kullanımı Birimi" olarak faaliyet gösteren oluşumun 2010 yılında "Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü" olarak kurulmuş olması, AİK konusunda ülkemizde atılmış en önemli adımların başında gelmektedir. Bu kuruluşla birlikte Türkiye’de AİK ile ilgili faaliyetler hız kazanmıştır (29).

Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen AİK faaliyetleri "Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017" çerçevesinde etraflı biçimde yeniden hazırlanmış ve uygulamaya konulmuştur. Bu faaliyetler içerisinde reçete izleme ve değerlendirme sistemi en fazla ilgi çekenlerden birisidir. Türkiye’de AİK’in yaygınlaştırması amacıyla geliştirilen Reçete Bilgi

Sistemi (RBS) aracılığıyla doktorların yazdığı reçete verileri analiz edilerek, bunlarla ilgili bilgilendirmeler yapılmaktadır (29).

AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI VE İLAÇ GÜVENLİĞİ İZLEMİ

Akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) veya diğer adıyla irrasyonel ilaç kullanımı bütün dünyada, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde en temel sağlık sorunlarının başında gelmektedir ve tedavisi çok güç bir alışkanlık olarak kabul edilmektedir. Bu konuda dünyada ve Türkiye’de belli bir yol alınsa da ilaçların kullanım sorunları devam etmektedir (22).

Günümüzde ilaç kullanımında yanıltıcı veya yanlış olan bilgiler, tüketicilerin kullanım konusunda yetersiz bilgilendirilmesi, kar odaklı reçete yazanların olması ve hekimlere reçete yazma konusunda yapılan baskılar, kârlı promosyon faaliyetleri ve ilgili düzenlemelerin yeterince yapılmamış olması gibi durumlar AOİK’nın başlıca nedenleri arasındadır (26).

Akılcı olmayan ilaç kullanımının sosyokültürel, ekonomik, yönetsel ve düzenleyici mekanizmalardan kaynaklanan birçok nedeni bulunmakla birlikte, ne yazık ki en başta gelenlerden biri hekimlerin bu konudaki bilgi, tutum ve davranışlarındaki eksikliklerdir (28).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı, akılcı kullanım tanımına uygun olmayan ilaç kullanımını ifade etmektedir. AOİK’nın en sık karşılaşılan örnekleri; bir hasta için gereğinden fazla sayıda ilacın kullanılması (polifarmasi), hastalara gereksiz ilaç reçete edilmesi, uygun olmayan antibiyotik kullanımı, oral alım daha uygun olacak iken parenteral tedavinin tercih edilmesi, klinik kılavuzlara uygun olmayan ilaçların reçete edilmesi, belirlenen ilaç tedavisine hastalar tarafından uyulmaması ve hastaların kendilerini sıklıkla reçete ile satılan ilaçlarla uygunsuz tedavi etme alışkanlıklarıdır (30).

İrrasyonel ilaç kullanımı; morbidite, mortalite, advers ilaç reaksiyonları, kötü tedavi nedeniyle hastalıkların kontrol altına alınamaması, antimikrobiyal direnç ve tüm toplumu etkileyecek düzeyde maddi kayıplara yol açmaktadır (31).

Yapılan çalışmalar, ilaçların irrasyonel kullanımının, ABD’deki en yüksek morbidite ve mortalite nedenleri arasında gösterildiğini ve İngiltere’de tedavinin advers etkilerinden dolayı hastaneye kabul edilenlerin bakım maliyetinin yıllık yaklaşık 870 milyon ABD doları olduğunu göstermektedir (32).

Dünya Sağlık Örgütü tahminlerine göre tüm ilaçların yarısından fazlası uygunsuz şekilde reçete edilmekte, dağıtılmakta ya da satılmaktadır. Hastaların yaklaşık yarısı ilaçları doğru kullanmamakta, dünya nüfusunun üçte biri ise temel ilaçlara erişememektedir. Türkiye’deki durum bu tahminlere paraleldir. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi

Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü'nce 2002 yılında yapılan bir araştırmaya göre ilaçların yaklaşık yarısı, tanıya uygunluk bakımından yanlış ya da gereksiz reçete edilmiştir (22,33).

Genel olarak bir hekimden ilaç tedavisi ile ilgili tüm bu gelişmeleri bilmesi ve izlemesi beklenir. Türkiye'de akılcı olmayan ilaç kullanımının mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimindeki aksaklık ve eksikliklerden kaynaklandığı çeşitli platformlarda ele alınmıştır. Buna karşın bu konuda yeterli araştırma bulunmaması önemli bir eksikliktir ve kapsamlı araştırmalara gereksinim olduğu belirtilmektedir (34).

AOİK'ya bağlı meydana gelen sorunların bazılarını özetlersek;

- Morbidite ve mortalite oranlarında artış
- Hastaların tedaviye cevaplarında azalma
- Advers ilaç reaksiyonu riskinde artış
- Antimikrobiyal ilaçların aşırı kullanımına bağlı direnç gelişimi
- Non-steril enjeksiyonlarla hepatit, AIDS/HIV ve diğer kan kaynaklı hastalıkların bulaşması
- Kaynakların yanlış tüketilmesiyle temel ilaçlara ulaşılabilirliğin azalması
- Tedavinin ekonomik ve sosyal maliyetinin artması
- Hastaların tedaviye uyuncunun/uyumunun azalması şeklinde sıralayabiliriz (18).

İlaç hataları, en yaygın karşılaşılan tıbbi hataların başında gelmektedir. Günümüzde teknoloji ilerlemesi ve artan reçete sayısı ile birlikte ilaç hatalarının da arttığı belirtilmektedir (15). AOİK ile ilgili sorunların çözümünde ilacın üretiminden ilacı hastaya veren sağlık çalışanlarına, hastadan, kitle iletişim araçlarına kadar pek çok kişi ve kuruluşun sorumluluğu bulunmaktadır (35).

Eğitim ve bilgi eksikliği, kılavuzlara uymayan reçeteleme, aşırı hasta yükü, uygunsuz doz önerisi, ilaçların yanlış sürelerde, yanlış yolla, yanlış dozlarda kullanımı, sosyal baskılar, deneyim eksikliği ve ilaçların etkisi hakkında yanlış inanışlar hekimlerden kaynaklı sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Yanlış ilacın verilmesi, reçetesiz ilaç satışı, reçete içeriğinin dikkate alınmaması ise eczacı kaynaklı sorunlardır. Aşırı duyarlılık, eksik ilaç bilgisi, yanlış inanışlar, fazla miktarda ilaç kullanımı, reçetesiz ilaç temini, yersiz beklenti ve talepler ile kendi kendini tedavi çabası hasta uyumsuzluğu ya da hastadan kaynaklı sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır (36).

Gerekli ilacın gereken zaman ve miktarda sağlanamaması gibi ilaç sağlama sisteminden kaynaklanan sorunlar da söz konusu olabilmektedir (36).

Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı'nda en sık ilaç grupları;

- Antibakteriyel ilaçlar
- Kardiyovasküler sistem ilaçları
- Oral antikoagülanlar
- Teofilin
- Antineoplastik ilaçlardır.

Pratikte en sık karşılaşılan sorunlar ise;

- İlaçların uygun olmayan şekilde kullanılması,
- Reçete hataları,
- Uygulama sırasındaki kayıt ve hazırlama hatalarıdır. Örneğin doz atlanması, ilacın

yanlış zamanda, sürede ve dozda verilmesidir (36).

Günümüzde ilaca bağlı sorunların, hatta ölümlerin, yol açan diğer nedenlere kıyasla ilk sırada yerini almış olması bu konudaki ilerlemelerin yeterli olmadığını göstermektedir. Konuyla ilgili yapılan bazı çalışmalarda örneğin Amerika Birleşik Devletleri'nde ölüm nedenleri arasında advers etkilere (AE) bağlı sorunların 4 ile 6. sıralarda yer aldığı, yılda 1.5-2 milyon kişinin ise bu sebeplere bağlı olarak hastanelere başvurduğunu belirtilmektedir (37).

Akılcı olmayan ilaç kullanımını (AOİK)'nın en önemli sonuçlarından biri yan etkilerin, diğer bir deyişle AE'lerin, ortaya çıkışı olduğundan bu konuyla alakalı ülkemizde önemli adımlar atılmıştır (38).

İlaç güvenliliği izlemi, dünyada birçok dilde olduğu gibi Türkçe'de de daha çok farmakovijilans sözcüğü ile anılmaktadır. Ülkemizde ilaç güvenliliği ilk kez, 1985 yılında "Türk ilaç Advers Etkilerini izleme ve Değerlendirme Merkezi"nin (TADMER) kurulması ile kurumsal bir yapıya dönüşmüştür (38).

Türk ilaç Advers Etkilerini izleme ve Değerlendirme Merkezi'nin adı 2005 yılında yeni yönetmelikle birlikte, "Türkiye Farmakovijilans Merkezi" (TÜFAM) olarak değiştirilmiş ve görevler ayrıntılı olarak belirlenmiştir. TÜFAM'ın ilaçların advers etkilerinin sistematik bir şekilde izlemek, bu konuda bilgi toplamak, toplanan verileri kayıt altına almak, değerlendirmek, arşivlemek, konunun ulusal ve uluslararası düzeydeki muhatapları ile iletişim kurmak, ilaçların yol açabileceği olası zararları tespit etmek, önlemeye çalışmak veya en az düzeye indirilmesine yardımcı olmak, konuyla ilgili eğitim faaliyetini yürütmek gibi çok sayıda görevi bulunmaktadır. Bu yönetmelik, başta hekimler olmak üzere, sağlık mesleği mensuplarına ilaç güvenliliği açısından önemli sorumluluklar yüklemektedir. Bu sorumlulukların başında AE bildirimini gelmektedir (38).

Hastalarda görülen AE/olayların bildirimi 2005 yılı öncesi “gönüllülük” esasına bağliken, bu tarihten itibaren bu bildirimler “zorunlu” hale gelmiştir. Ulusal seviyede ilaç güvenliliği sisteminin işlevsel olabilmesi için bu bildirimler hayati derecede önem arz etmektedir (38).

Aile hekimleri, hastalarının kullandıkları ilaçları takip etmek ve hastaları, ilaçlara bağlı sorun yaşadıklarında ilk başvuru noktası olduklarından ilaç güvenliliği izlemi sürecinde kilit konumdadırlar (38).

TÜRKİYE’DE VE DÜNYADA İLAÇ HARCAMALARI

Bilinçli bir şekilde uygulanacak olan AİK, ülke ekonomisine katkısının yanı sıra, hasta güvenliği ve hekimlerin tedavi süreçlerinde başarıya ulaşmalarında büyük önem taşımaktadır. Tüm dünyada etkisiz, yüksek maliyetli, yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı konusunda halkın ve sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesi son derece önemli bir konudur (2).

Türkiye’de ilaç harcamalarının artış eğiliminde olduğu görülmektedir. Sosyal güvenlik sistemindeki gelişim, kapsanan nüfus oranındaki değişim gibi etkenlerin bu artışta etkili olduğu düşünülebilir. Ancak sağlık hizmeti tüketimindeki artış, nüfus artışı, sağlık harcamalarındaki artış ile ilaç harcamalarındaki artış arasındaki oranın düzensiz olduğu görülmektedir. Mevcut istatistiklere göre, sağlık harcamaları 2000 yılı ile 2016 yılları arasında yaklaşık 15 kat artmıştır. Sağlık hizmeti kullanımı, sağlık harcamaları ve kişi başı ilaç tüketimi artmıştır. Bu artışın sağlık seviyesini geliştirmekten ziyade akılcı ilaç kullanımına aykırı süreçlerle gerçekleştiği, ilaç pazarındaki ticari etkilerin sonucu olduğu düşünülmelidir. Türkiye ilaç pazarında birçok aynı kimyasal grupta yer alan, aynı etki ve yan etkilere sahip ilaçlar bulunmaktadır. Ancak bu ilaçların satış fiyatları birbirinden çok farklıdır. Referans fiyat uygulaması ile Avrupa Birliği ülkelerinde en ucuz 5 ülke seçilerek alınan fiyat ilaç fiyatlarının %40-50 seviyelerinde düşmesine neden olmuştur. Ama beklendiği gibi ilaç harcamaları bu oranda düşmemiştir. Aksine artış devam etmektedir (2,39).

Türkiye’de kamu kesimi sağlık hizmetlerinin finansörü ve tedarikçisi olduğundan, sağlık harcamalarının artması, kamu kesimine ek bir maliyet getirmektedir (40).

Ülkemizde her yıl akılcı olmayan ilaç kullanımına bağlı olarak büyük miktarda ilaç israf edilmektedir. Yapılan çalışmalar, bu durumu açıkça ortaya koymaktadır. 2006 yılında Ankara Ticaret Odası (ATO) tarafından hazırlanan “İlaçta İsraf” konulu rapora göre; Türkiye’de eczanelerdeki ilaçların ortalama %7’si son kullanma tarihi dolduğu için çöpe atılmakta, evlerde ise ilaçların %60’ının kutusu dahi açılmadan tarihi sona ermektedir. Tüm bu çöpe giden ilacın

maliyeti ise yaklaşık 500 milyon doları bulmaktadır. Türkiye’de AOİK oldukça büyük bir sorun olup ilacın genel sağlık harcamaları içerisindeki payını da artırmaktadır. Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının %10-15’i ilaç harcamalarına ayrılırken bu oran ülkemizde %40’ın üzerindedir (2,34).

2010 yılı kişi başı ilaç tüketimi ise 133 dolardır. Yıllara göre ilaç tüketiminde 2010 yılında 2009 yılına göre %2.8’lik artışla 1.45 milyar kutu ilaç piyasaya sunulmuştur. 2009 da ilaç tutarı 14.1 milyar TL iken, 2010’da tüketilen ilaçların 13.9 milyar TL tutarında olduğu bulunmuştur (41).

Türkiye’de kişi başına düşen gayrisafi yurtiçi hâsıla (GSYH) değeri 2015 yılında cari fiyatlarla 25 bin 130 TL, 2014 yılında ise 22 bin 732 TL olarak hesaplanmıştır. 2012’de tedavi harcamaları 29. 206 Milyon TL iken, ilaç harcaması 14.300 Milyon TL olarak gerçekleşmiştir. 2013 yılında ise toplam sağlık harcaması içinde ilaç harcamasının payı %31 iken, tedavi harcamaları %67’dir. 49.806 Milyon TL olan sağlık harcamasının 33.531 Milyon TL’si tedavi harcamaları iken, 15. 570 Milyon TL’si ilaç harcamalarıdır (42).

Ülkemizde sağlığa ayrılan kaynak içerisinde ilaca ayrılan payın bu kadar yüksek olması, ilaç tüketiminde maliyete dikkat etmeyi gerektirmektedir. Gelişmiş ülkelerin çoğunda reçete kayıtlarının düzenli olması ve hekimlere gerekli geri bildirimlerin yapılıyor olması, reçete maliyetlerinin çok artmasına bir miktar engel olmaktadır (34).

Türkiye’de toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları payı önemli bir seviyededir. Buna ek olarak, ilaç harcamalarındaki artış, aynı zamanda toplam sağlık harcamalarında artışa neden olmaktadır. Türkiye’de ilaç harcamalarında meydana gelen yüzde 1’lik bir artış, kişi başına toplam sağlık harcamalarında yüzde 0,402’lik ve kamu özel sağlık harcamalarında yüzde 0,297’lik bir artışa yol açmaktadır. Diğer bir deyişle, sağlık harcamalarıyla ilaç harcamaları arasında doğrudan ve pozitif bir ilişki bulunmaktadır. Bu ek maliyet nedeniyle öncelikle, sağlık harcamalarında kaynakların verimsiz kullanımından kaçınılması ve bu konuda önlem alınması gerekmektedir (40).

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, Edirne Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek amacı ile kesitsel ve tanımlayıcı desende tasarlandı.

Çalışma, Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde gerekli izinler alındıktan sonra 01 Kasım 2018 ile 01 Ocak 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Araştırmanın evrenini Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmakta olan 344 araştırma görevlisi hekim oluşturdu.

Örneklem için evrenin tamamına ulaşılması hedeflendi. Etik kurul onayı (Ek 1) alındıktan sonra 1 Kasım 2018 ile 1 Ocak 2019 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden araştırma görevlisi hekimler ile yüz yüze görüşülerek toplamda 218 hekim tarafından anketlerin doldurulması sağlandı. Araştırmaya katılacak olan hekimler sözlü olarak bilgilendirildi ve onayları alındı. Bu bilgilendirme ve onam alma süreci, çalışma anketinin giriş bölümünde bulunan, araştırmayı açıklayan ve araştırmaya katılımlarını isteyen bir metin yardımıyla sağlandı ve çalışmaya katılmayı kabul ettiklerini bildiren gönüllüler çalışmaya alındılar. Çalışmamızda katılımcıların kimlik bilgileri istenmedi.

Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışmak, klinik birimlerde çalışmak ve gönüllü olmak çalışmaya kabul edilme kriterleri olarak belirlendi. İletişimi engelleyecek bir problemin olması, klinik birimlerde çalışmamak, gönüllü olmamak ise çalışmaya kabul edilmeme kriterleri olarak belirlendi.

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket (Ek 2) yardımıyla toplandı. Çalışmanın amacı göz önünde bulundurularak hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerini, ilaç reçete ederken kullandıkları bilgileri, akılcı ilaç kullanımı ve akılcı ilaç kullanımı eğitimi

konusundaki bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla 37 sorudan oluşan bir anket hazırlandı. Akılcı ilaç kullanımına yönelik sorular hazırlanırken Sağlık Bakanlığı'nın genel kullanıma açık ve akılcı ilaç kullanımına (AİK) yönelik anketi olan “Türkiye’de hastanelerde görev yapan hekimlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarını değerlendirme çalışması” isimli anket formundan yararlanıldı (4).

Araştırma görevlilerine uygulanan ankette sosyodemografik özelliklerle ilgili 9, akılcı ilaç kullanımındaki tutum ve davranışlarına yönelik ve AİK eğitimi konusundaki yaklaşımlarına ve ilave görüşlerine yönelik olmak üzere toplam 28 soru yer almaktaydı.

Toplanan anketler analizlerin yapılabilmesi için bilgisayar ortamına aktarılarak kayıt edildi.

VERİLERİN DEğERLENDİRİLMESİ

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 19 (Statistical Package for the Social Sciences, version 19, seri no:10240642) istatistik programı kullanılarak yapıldı.

İstatistik yöntem olarak tanımlayıcı istatistikler ve Ki-kare analiz testi uygulandı. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için dağılımlar (Sayı, %) verildi. İki kategorik değişken arasında ilişki olup olmadığına Ki-Kare Testi ile bakıldı. Ki-kare testi için gruplarda yeterli sayılara ulaşılamadığı durumlarda grup birleştirmeleri yapıldı ve test tekrar uygulandı. İstatistiksel açıdan $p < 0,05$ olduğunda anlamlı, $p \geq 0,05$ olduğunda anlamsız kabul edildi.

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, mezuniyet sonrası geçen süre, mezun olunan fakülte, geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşlarında çalışma durumu, aktif doktor olarak çalışma yılı, asistanlık yılı, branş, daha önceden AİK eğitimi almış olma durumu olarak belirlendi. Hekimlerin AİK konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını içeren soruları ise bağımlı değişkenler olarak belirlendi.

BULGULAR

Bu çalışma Kasım 2018 ile Ocak 2019 tarihleri arasında Edirne Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi’de çalışan araştırma görevlileri ile yapıldı. Araştırmamıza Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi’nde görev yapmakta olan 218 araştırma görevlisi doktor katıldı. Toplanan anketlerdeki 218 katılımcının verileri değerlendirildi.

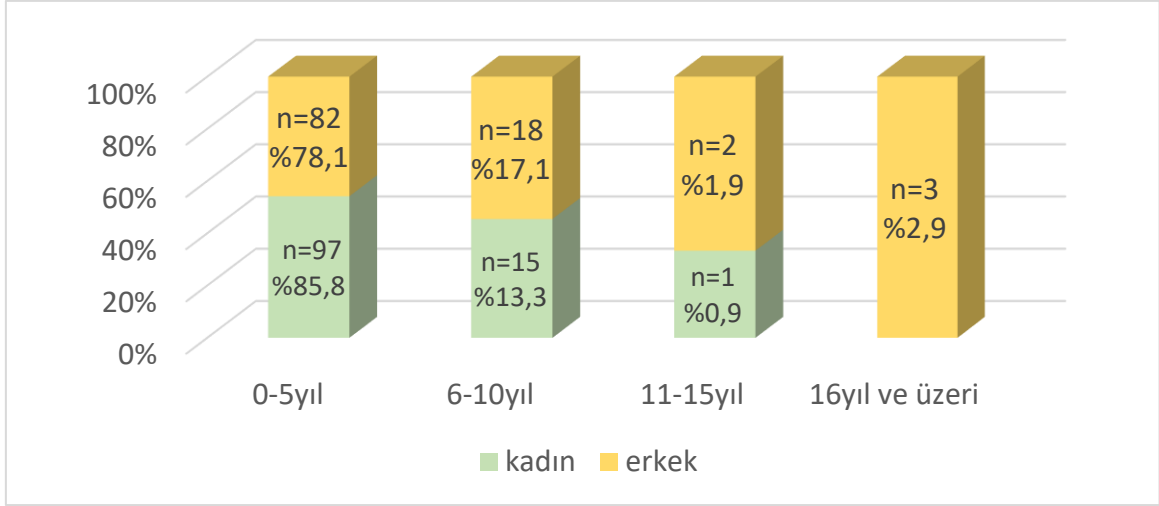
Katılımcıların %51,8’i (n=113) kadın, %48,2’si (n=105) erkek idi.

Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin yaşlarının dağılımı incelendiğinde %8,3’ü (n=18) 20-25 yaş aralığında, %75,2’si (n=164) 26-30 yaş aralığında, %13,3’ü (n=29) 31-35 yaş aralığında, %7’si (n=7) 36 yaş ve üzeri idi.

Katılımcıların %60,1’inin (n=131) bekar, %39,9’unun (n=87) evli olduğu saptandı.

Araştırma görevlisi hekimlerin hangi tıp fakültesinden mezun oldukları incelendiğinde; %28’i (n=61) Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, %9,6’sı (n=21) Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, %5,5’i (n=12) İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, %4,6 (n=10) Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, %4,1’i (n=9) Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, %2,5’i (n=5) yurtdışındaki üniversitelerin tıp fakülteleri ve %45,7’si (n=100) Türkiye’deki diğer devlet ve özel üniversitelerin tıp fakülteleri şeklinde olduğu görüldü.

Katılımcıların mezuniyet sonrası geçen sürelerinin cinsiyete göre dağılımları Şekil 1’de gösterilmiştir.

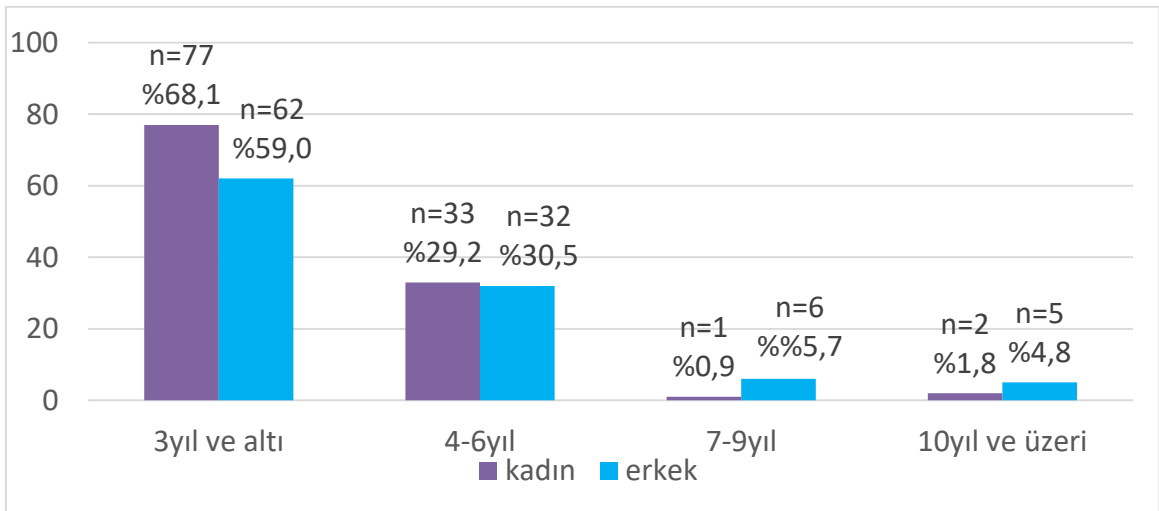


Şekil 1. Araştırma görevlilerinin mezuniyet sonrası geçen sürelerinin cinsiyete göre Dağılımları

Katılımcıların asistanlıkta kaçınıcı yılında olduğuna bakıldığında; %31,7'si (n=69) 0-1 yıl arasında, %24,8'i (n=54) 1-2 yıl arasında, %25,7'si (n=56) 2-3 yıl arasında, %14,2'si (n=31) 3-4 yıl arasında ve %3,7'si (n=8) 5 yıl ve üzerinde olduğu saptanmıştır.

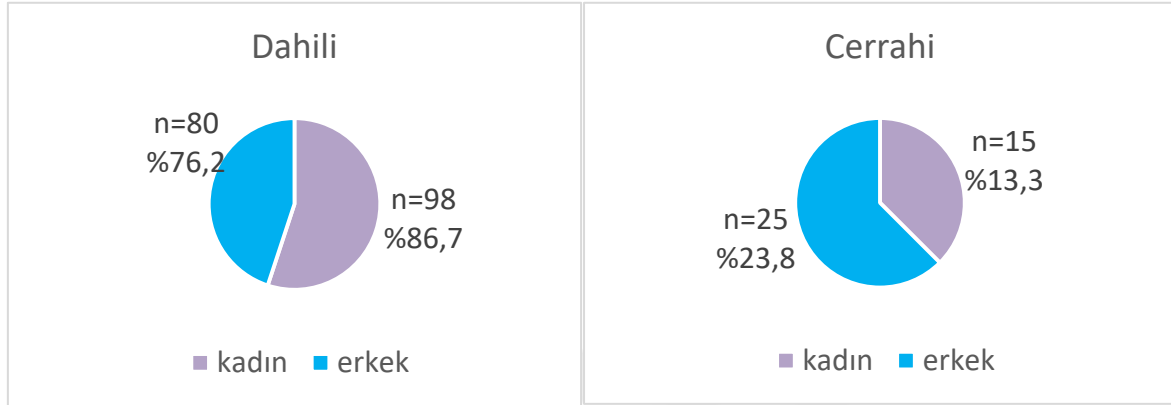
Araştırmaya katılan araştırma görevlilerinin %83,5'i (n=182) geçmiş yıllarada başka sağlık kuruluşlarında çalışmış iken, %16,5'i (n=36) daha önce herhangi bir sağlık kuruluşunda çalışmamıştır.

“Kaç yıldır aktif doktor olarak çalışıyorsunuz?” sorusuna asistan hekimlerin %63,8'i (n=139) 3 yıl ve altı, %29,8'i (n=65) 4-6 yıl, %3,2'si (n=7) 7-9 yıl, %3,2'si (n=7) 10 yıl ve üzeri cevabını vermiştir. Sorunun cinsiyete göre dağılımı Şekil 2’de gösterilmiştir.



Şekil 2. Aktif doktor olarak çalışma sürelerinin cinsiyete göre dağılımı

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin %81,7'si (n=178) dahili branşlarda görevliyken, %18,3'ü (n=40) cerrahi branşlarda görev yapmaktadır. Araştırma görevlilerinin cinsiyete göre dahili ve cerrahi branş dağılımı Şekil 3'de gösterilmiştir.



Şekil 3. Cinsiyete göre branş dağılımı

Katılımcıların branşlara göre dağılımı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Araştırma görevlilerinin branşlara göre dağılımı

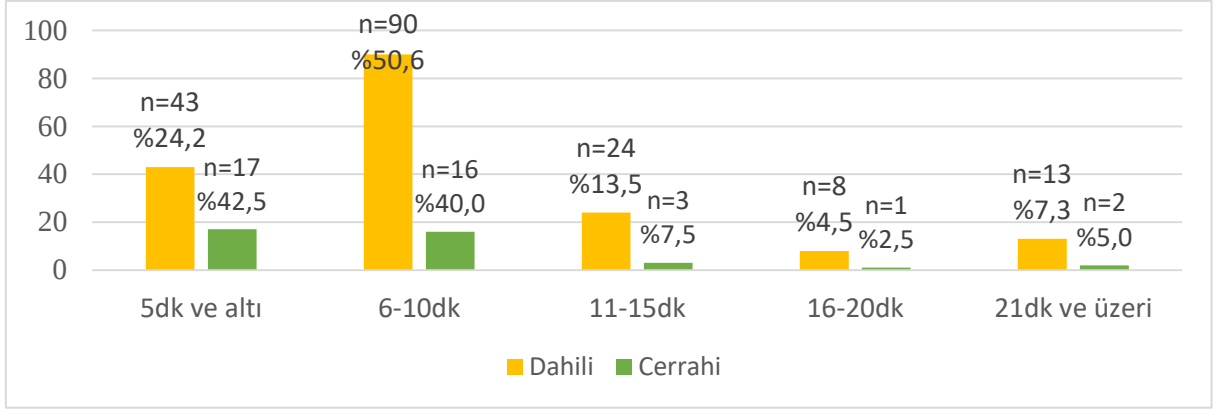
Dahili branşlar	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Aile hekimliği	78	35,4
Acil tıp	16	7,3
Çocuk sağlığı ve hastalıkları	22	10,1
Çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları	1	0,5
Dermatoloji	3	1,4
Enfeksiyon hastalıkları	5	2,3
Fiziksel tıp ve rehabilitasyon	10	4,6
Göğüs hastalıkları	2	0,9
İç hastalıkları	30	13,8
Kardiyoloji	2	0,9
Nöroloji	3	1,4
Psikiyatri	6	2,8

Tablo 1 (Devam). Araştırma görevlilerinin branşlara göre dağılımı

Cerrahi branşlar	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Anestezi	2	0,9
Beyin cerrahisi	1	0,5
Çocuk cerrahisi	4	1,8
Genel cerrahi	3	1,4
Göğüs cerrahisi	1	0,5
Göz hastalıkları	5	2,3
Kadın hastalıkları ve doğum	5	2,3
Kalp ve damar cerrahisi	3	1,4
Kulak burun boğaz	5	2,3
Ortopedi	3	1,4
Plastik ve rekonstruktif cerrahi	3	1,4
Üroloji	5	2,3
Toplam	218	100,0

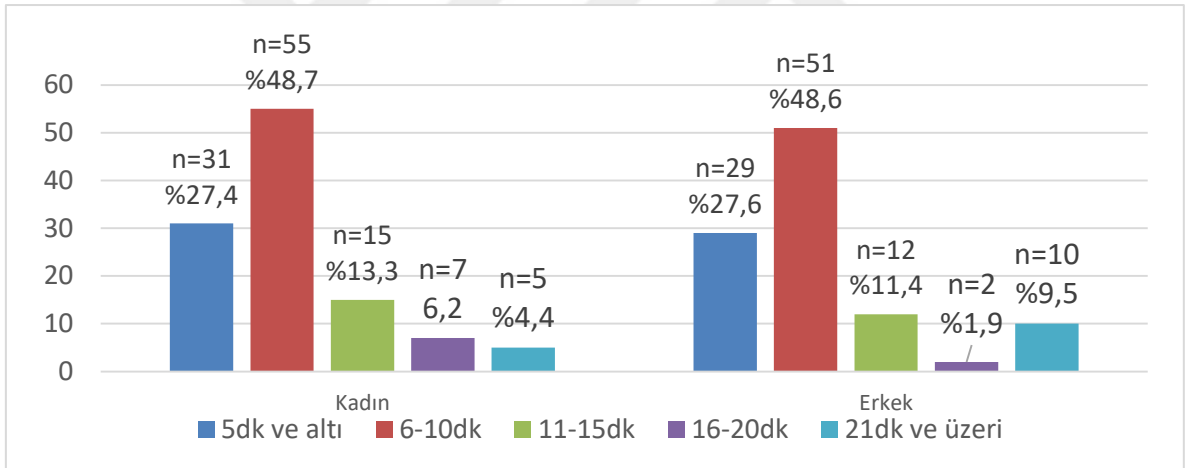
“Günlük ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?” sorusuna katılımcıların %57,3’ü (n=125) 30 ve altı, %35,8’i (n=78) 31-59, %3,2’si (n=7) 60-89, %3,7’si (n=8) 90 ve üzeri şeklinde cevap vermiştir.

“Hastalarınızı muayene edip, tanı koyduktan sonra tedavisini düzenlemek için ortalama ne kadarlık bir süre ayırıyorsunuz?” sorusuna araştırma görevlilerinin %27,5’i (n=60) 5 dk ve altı, %48,6’sı (n=106) 6-10 dk, %12,4’ü (n=27) 11-15 dk, %4,1’i (n=9) 16-20 dk, %6,9’u (n=15) 21 dk ve üzeri şeklinde cevap vermiş olup %0,5’i (n=1) bu soruya cevap vermemiştir. Sorunun branşlara göre dağılımı Şekil 4’de verilmiştir.



Şekil 4. Tedaviyi düzenlemek için ayrılan sürenin branşlara göre dağılımı

Hastanın tedavisini düzenlemek için ayrılan ortalama sürenin cinsiyete göre dağılımı Şekil 5’de gösterilmiştir.



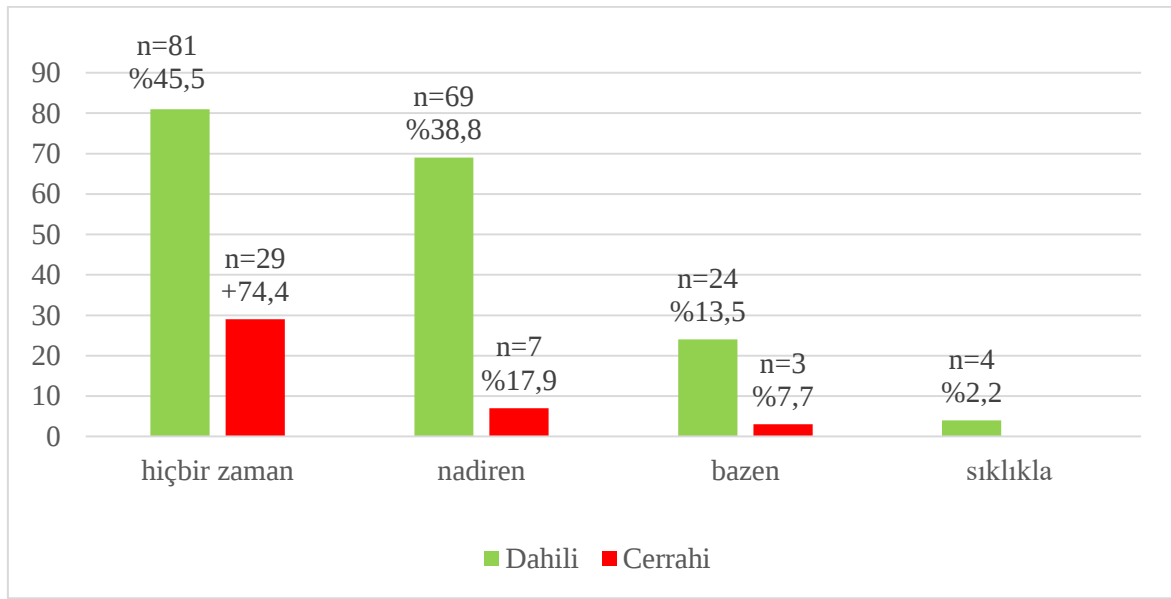
Şekil 5. Tedaviyi düzenlemek için ayrılan sürenin cinsiyete göre dağılımı

“Günlük başvuran hastaların yaklaşık yüzde kaçına reçete yazıyorsunuz?” sorusuna araştırma görevlilerinin %0,5’i (n=1) hiç yazmıyorum, %22,9’u (n=50) %25 ve altına, %29,8’i (n=65) %26-50’sine, %33,0’ü (n=72) %51-75’ine, %13,8’i (n=30) %76-100’üne şeklinde cevap vermiştir.

Katılımcılara reçetelerinizde kaç ilaç yer almaktadır sorusu sorulduğunda; 1 ilaç %2,8 (n=6), 2 ilaç %42,4 (n=92), 3 ilaç %46,5 (n=101), 4 ilaç %6,9 (n=15), 5 ve üzeri ilaç %1,4 (n=3) şeklinde cevap verilmiştir.

“Hastanızı muayene edip tanı koyduktan sonra, hastaya hastalığının adını, nedenlerini ve tedavisinin gerekçelerini anlatıyor musunuz?” sorusu sorulduğunda; %2,3’ü (n=5) nadiren, %9,7’i (n=21) bazen, %52,5’i (n=114) sıklıkla, %35,5’i (n=77) her zaman şeklinde cevap verilmiştir.

“Hastalarınızı muayene etmeden reçete yazdığınız oluyor mu?” sorusuna araştırma görevlilerinin %50,7’si (n=110) hiçbir zaman, %35,0’i (n=76) nadiren, %12,4’ü (n=27) bazen, %1,8’i (n=4) sıklıkla şeklinde cevap vermiştir. Sorunun branşlara göre dağılımı Şekil 6’da verilmiştir.



Şekil 6. Muayene etmeden reçete yazma sıklığının branşlara göre dağılımı

Çalışmaya katılan araştırma görevlilerine “İlaç reçete ederken hastanızın hangi anamnez bilgilerinden yararlanıyorsunuz?” sorusu sorularak 1’den 8’e kadar verilen anamnez bilgilerinin hiçbir zaman, nadiren, bazen, sıklıkla, her zaman seçeneklerinden biriyle cevaplanması istendi. Ayrıntılar Tablo 2’de gösterilmiştir.

En son diğer seçeneği açık uçlu şekilde bırakıldı ve bu boşluğa kendi düşüncelerini yazan araştırma görevlilerinin reçete yazarken yararlandıkları anamnez bilgileri arasına “Prematürite ve hastanede yatış öyküsü”, “En son antibiyotik kullanımı”, “Emzirip emzirmediği”, “Gastrointestinal hastalık varlığı”, “Hangi ilaç formülasyonunu daha kolay tolere edebildiği”, “Geçirilmiş operasyonu olup olmadığı” “Daha önceki tedavilerden fayda görüp görmediği” gibi durumları da dahil ettikleri görüldü.

Tablo 2. İlaç reçete ederken araştırma görevlilerinin yararlandığı anamnez bilgileri

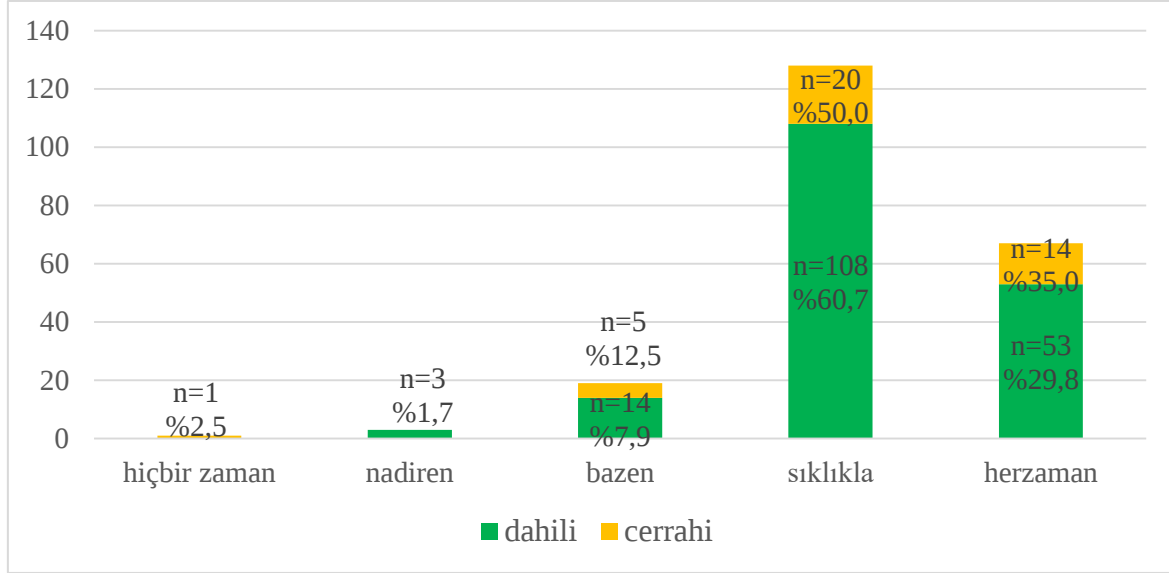
“İlaç reçete ederken hastanızın hangi anamnez bilgilerinden yararlanıyorsunuz?”	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Herzaman	Toplam
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Kullandığı başka ilaçları sorgularım		2 (0,9)	16 (7,4)	70 (32,3)	129 (59,4)	217 (100)
İlaç alerjisi olup olmadığını sorgularım		5 (2,3)	26 (12,0)	70 (32,3)	116 (53,5)	217 (100)
Karaciğer hastalığı olup olmadığını sorgularım	2 (0,9)	17 (7,8)	53 (24,4)	85 (39,2)	60 (27,6)	217 (100)
Böbrek hastalığı olup olmadığını sorgularım	1 (0,5)	17 (7,8)	44 (20,3)	80 (36,9)	75 (34,6)	217 (100)
Kronik bir hastalığı olup olmadığını sorgularım		3 (1,4)	8 (3,7)	83 (38,2)	123 (56,7)	217 (100)
Gebe olup olmadığını sorgularım	11 (5,1)	17 (7,8)	36 (16,6)	68 (31,3)	85 (39,2)	217 (100)
Yaşını dikkate alırım		3 (1,4)	21 (9,7)	76 (35,0)	117 (53,9)	217 (100)
Cinsiyetini dikkate alırım	17 (7,8)	37 (17,1)	51 (23,5)	56 (25,8)	56 (25,8)	217 (100)

n: kişi sayısı

“Sık karşılaştığınız hastalıklar için oluşturduğunuz kişisel ilaç listeniz var mı?” sorusuna katılımcıların %38,5’i (n=84) hayır, %61,5’i (n=134) evet şeklinde cevap vermiştir.

“Hastalarınıza özel olarak istediği ilaçları reçete ediyor musunuz?” sorusuna araştırma görevlilerinin verdiği cevaplara bakacak olursak; %10,1’i (n=22) hiçbir zaman, %37,2’si (n=81) nadiren, %46,8’i (n=102) bazen, %6,0’ı (n=13) sıklıkla şeklinde cevap vermiştir.

“Reçeteye yazdığınız ilaçlar hakkında hastanıza bilgi veriyor musunuz?” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde katılımcıların %0,5’i (n=1) hiçbir zaman, %1,4’ü (n=3) nadiren, %8,7’si (n=19) bazen, %58,7’si (n=128) sıklıkla, %30,7’si (n=67) her zaman şeklinde cevap vermiştir. Sorunun branşlara göre dağılımı Şekil 7’de verilmiştir.



Şekil 7. Reçeteye yazılan ilaçlar hakkında hastaya bilgi verme sıklığının branşlara göre dağılımı

“Hastaya ilaçlarla ilgili verdiğiniz bilgiyi yeterli buluyor musunuz?” sorusuna araştırma görevlilerinin verdiği cevaplar şu şekildedir; %60,1’i (n=131) “evet çünkü doğru kullanmazsa etkin tedavi sağlayamaz”, %29,8’i (n=65) “kısmen; kullanımı özen isteyen ilaçlar için”, %10,1’i (n=22) “hayır vakit yeterli değil” şeklindedir.

“İlaç yazarken bilgi kaynaklarından yararlanıyor musunuz?” sorusuna katılımcıların %11,9’u (n=26) hayır, %88,1’i (n=192) evet cevabını vermiştir. Evet cevabını veren katılımcılara ilaçlarla ilgili hangi bilgi kaynaklarını kullandıkları sorulduğunda ise en sık %84,9 (n=163) internet, %60,9 (n=117) meslektaş görüşü, %57,8 (n=111) ilaç prospektüsleri olduğu saptandı.

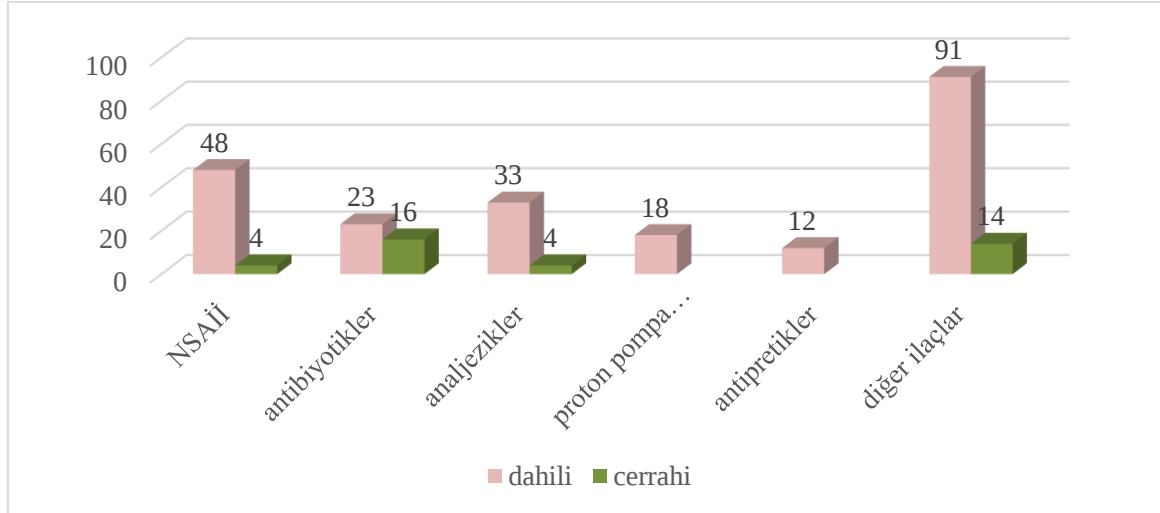
En son diğer seçeneği açık uçlu bırakıldı ve araştırma görevlilerinin ilaç yazarken kullandığı bilgi kaynakları arasında “Medscape”, “Mobil uygulamalar”, “Uptodate”, “Hocalara danışma” olduğu da görüldü. İlaçlarla ilgili kullanılan bilgi kaynakları Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. İlaçlarla ilgili kullanılan bilgi kaynakları

Bilgi kaynağı	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Vademekum	58	30,2
Farmakoloji kitapları	37	19,3
İlaç prospektüsleri	111	57,8
İlaç firmalarının bilgilendirme kaynakları	49	25,5
Türkiye İlaç Kılavuzları	48	25,0
İnternet	163	84,9
Meslektaş görüşü	117	60,9
Bilimsel yayınlar	65	33,9
Diğer	9	4,7
Toplam	657	342,2*

*Çoklu yanıtı olan soru olduğu için toplamlar %100'ü geçer.

Katılımcılara en sık hangi ilaç grubunu reçete ettikleri sorulduğunda ise %24,2'si (n=52) NSAİİ, %18,1'i (n=39) antibiyotikler, %17,2'si (n=37) analjezikler, %8,4'ü (n=18) proton pompa inhibitörleri, %5,6'sı (n=12) antipretikler, %26,5'i (n=60) diğer ilaçlar şeklinde olduğu görülmüştür. Sorunun branşlara göre dağılımı Şekil 8'de verilmiştir.



Şekil 8. En sık reçete edilen ilaç gruplarının branşlara göre dağılımı

Çalışmaya katılan araştırma görevlilerine ilaç kullanımı ile ilgili ortaya çıkan ve beklenmeyen advers etkilerin bildirimini yapıp yapmadıkları sorulduğunda; %50,5'i (n=108)

hiçbir zaman, %17,3'ü (n=37) nadiren, %18,2'si (n=39) bazen, %10,7'si (n=23) sıklıkla, %3,3'ü (n=7) her zaman şeklinde cevap vermiştir.

Daha önce bildirim yapanlara “Şimdiye kadar kaç bildirim yaptınız?” sorusu yöneltildiğinde ise %85,2'si (n=92) 1-2, %12,0'ı (n=14) 3-5, %0,9'u (n=1) 6-10, %0,9'u (n=1) 10'dan fazla şeklinde cevap vermiştir.

“Akılcı ilaç kullanımının tanımı sizce nedir?” sorusuna ait veriler Tablo 4'de gösterilmiştir.

En son açık uçlu bırakılan diğer seçeneğine araştırma görevlileri “Hastaya göre ilaç seçilmesi”, “Bilinen yan etkisi en az olan ilacın seçilmesi” gibi durumları da dahil ettikleri görüldü.

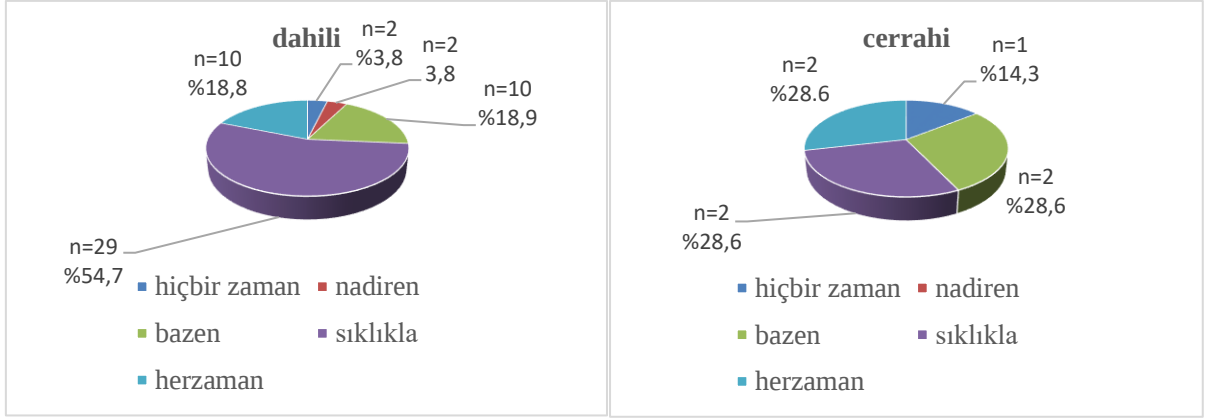
Tablo 4. Akılcı ilaç kullanımının tanımına yönelik verilen cevapların dağılımı

Tanım	Kişi sayısı (n)	Yüzde (n)
Etkili ilaç yazılması	173	80,5
Güvenli ilaç yazılması	159	74,0
Uygun maliyetli ilaç yazılması	128	59,5
Uygun dozda ilaç kullanımı	180	83,7
Uygun süre ilaç kullanımı	160	74,4
Diğer	7	3,3
Toplam	807	375,3*

*Çoklu yanıtı olan soru olduğu için toplamlar %100'ü geçer.

Katılımcılara daha önce akılcı ilaç kullanımı eğitimi alıp almadıkları sorulduğunda verilen cevaplar incelendiğinde; %72,4'ü (n=157) hayır, %27,6'sı (n=60) evet şeklinde olduğu görüldü. Soruya evet cevabı verenler; akılcı ilaç eğitiminin “Fakültede tıp eğitimi esnasında akademisyenler”, “Zorunlu hizmet esnasında TSM'ler ve sağlık müdürlükleri”, “Sempozyumlarda Sağlık Bakanlığı”, “Bilimsel kongrelerde akademisyenler” tarafından verildiğini belirtmişlerdir.

“Akılcı ilaç eğitiminde edindiğiniz bilgileri, tedavi esnasında uygulayabiliyor musunuz?” sorusuna eğitim alan araştırma görevlilerinin %5,0'ı (n=3) hiçbir zaman, %3,3'ü (n=2) nadiren, %20,0'ı (n=12) bazen, %51,7'si (n=31) sıklıkla, %20,0'ı (n=12) her zaman şeklinde cevap vermiştir. Sorunun branşlara göre dağılımı Şekil 9'da verilmiştir.



Şekil 9. Akılcı ilaç eğitiminde edinilen bilgilerin tedavi sırasında uygulanma sıklığının branşlara göre dağılımı

Katılımcıların “Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyiniz sizce nasıl?” sorusuna verdiği yanıtlar incelendiğinde; %1,7’si (n=1) hiç yeterli değilim, %8,5’i (n=5) yetersizim, %45,8’i (n=27) orta, %37,3’ü (n=22) yeterliyim, %6,8’i (n=4) çok yeterliyim şeklinde olduğu görüldü.

Araştırma görevlilerine “İlaç seçerken dikkate aldığınız kriterler nelerdir?” sorusu soruldu. Katılımcıların en sık dikkate aldıkları kriter; %88,1 (n=192) ile etkinlik ve %82,6 (n=180) ile güvenlik olduğu saptandı. Ayrıntılar Tablo 5’de gösterilmiştir.

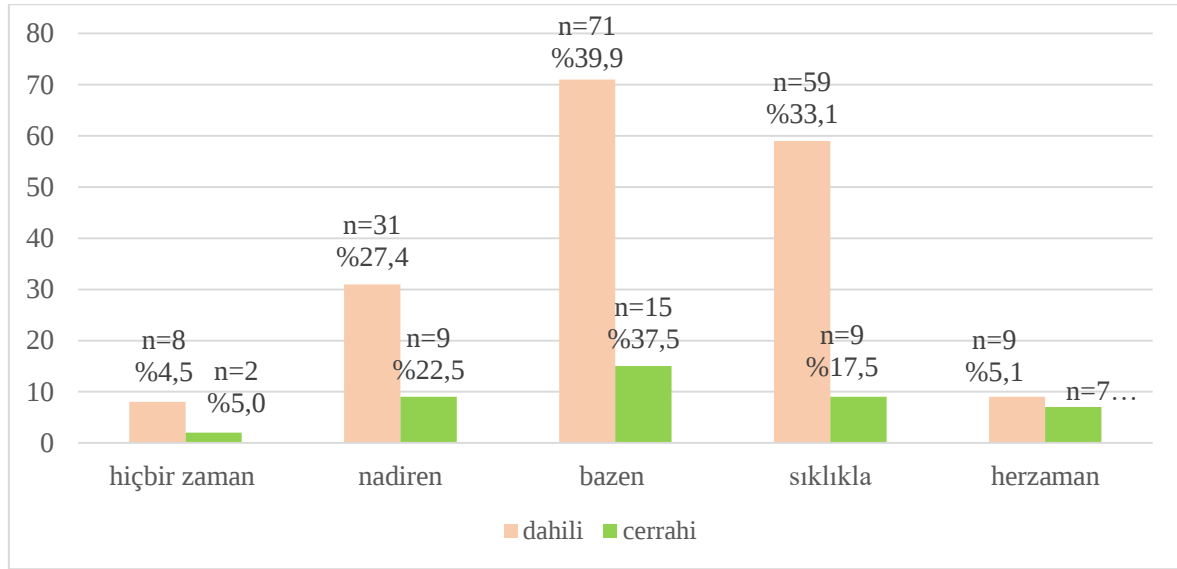
En son diğer seçeneği açık uçlu bırakıldı ve bu boşluğa kendi kriterlerini yazan araştırma görevlilerinin ilaç seçerken dikkate aldıkları kriterler arasına “SGK tarafından geri ödeme kapsamında olması”, “Pediatrik yaş grubu için ilacın tadı, tedavi süresi”, “İlaç formülasyonu ve uygulama şekli”, “Hastanın mevcut durumu” gibi durumları da dahil ettikleri görüldü.

Tablo 5. İlaç seçerken dikkate alınan kriterler

Kriter	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Etkinlik	192	88,1
Güvenlik	180	82,6
Uygunluk	173	79,4
Maliyet	97	44,5
Diğer	4	1,8
Toplam	646	298,3*

*Çoklu yanıtı olan soru olduğu için toplamlar %100’ü geçer.

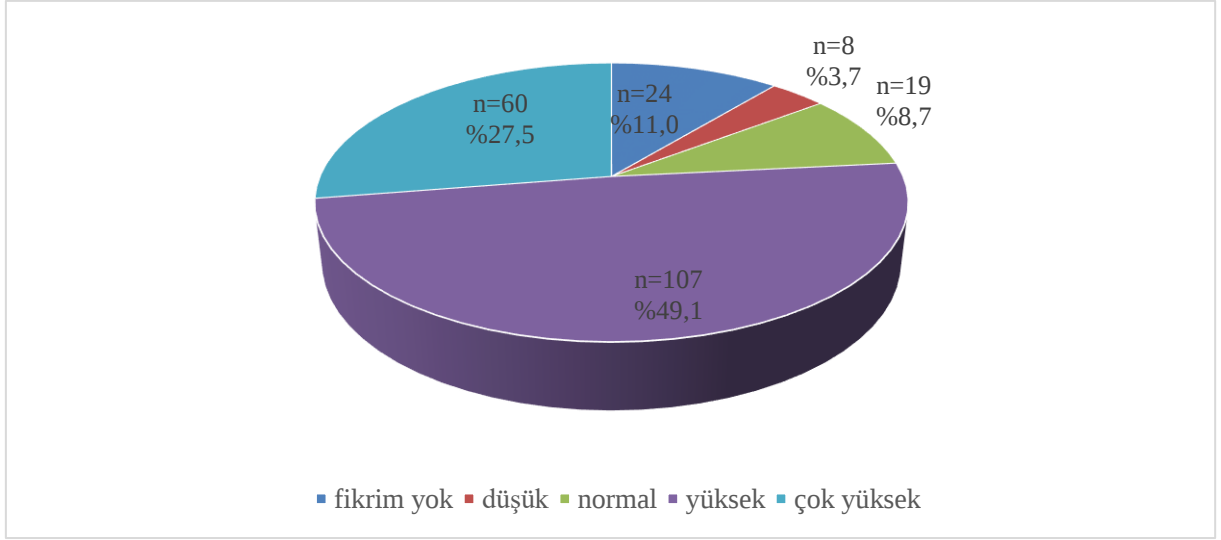
“Hastalarınıza yazdığınız ilaçları nasıl kullanacağını tekrar ettirir misiniz?” sorusuna araştırma görevlileri tarafından verilen cevaplara bakıldığında; %4,6’sı (n=10) hiçbir zaman, %18,3’ü (n=40) nadiren, %39,4’ü (n=86) bazen, %30,3’ü (n=66) sıklıkla, %7,3’ü (n=16) her zaman şeklinde olduğu görülmektedir. Sorunun branşlara göre dağılımı Şekil 10’da gösterilmiştir.



Şekil 10. Reçete edilen ilaçların nasıl kullanılacağını tekrar ettirme sıklığının branşlara göre dağılımı

“Yazdığınız ilaçlarla hastalarınızın tedavi sürecini izliyor musunuz?” sorusuna asistan hekimlerin verdiği cevaplar incelendiğinde; %21,6’sı (n=47) “Evet tüm hastalarımı yakından takip ederim”, %35,8’i (n=78) “Sıklıkla, özellikle ek hastalığı varsa”, %38,5’i (n=84) “Sadece özel dikkat gerektiren ilaç reçete ettiğimde” şeklinde olduğu görüldü. Katılımcıların %4,1’i (n=9) sorunun en son açık uçlu bırakılan diğer seçeneğini işaretledi ve bu boşluğa kendi fikirlerini yazan katılımcıların hastanın tedavi sürecini takip edememe nedeni olarak “Koşulların uygunsuzluğu”, “Acil serviste görevli olma” gibi durumları da dahil ettikleri görüldü.

Araştırma görevlilerine sağlık harcamalarının payı hakkında ne düşündükleri sorulduğunda verilen cevapların dağılımı Şekil 11’de gösterilmiştir.



Şekil 11. Araştırma görevlilerinin sağlık harcamaları hakkındaki düşünceleri

“Sağlık bakanlığının akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalarından haberdar mısınız?” sorusuna asistanların %55,5’i (n=120) hayır, %45,0’ı evet şeklinde cevap vermiştir.

Katılımcılara “Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak ister miniz?” sorusu yöneltildiğinde; %14,3’ü (n=31) hayır, %85,7’si (n=186) evet cevabını vermiştir.

“Bu eğitimin hangi kuruluşlarca verilmesini tercih edersiniz?” sorusuna araştırma görevlileri en sık Sağlık bakanlığı %85,3 (n=163) şeklinde cevap vermiştir. Sorunun detayları Tablo 6’da gösterilmektedir.

En son açık uçlu bırakılan diğer cevabına katılımcılar kendi fikirlerini yazmış olup akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim vermesini istedikleri kuruluşlar arasına “Hastane yönetimi”, “Tıp fakültelerinde akademik yapı” da dahil edildiği görüldü.

Tablo 6. Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim vermesi istenen kuruluşlar

Kurum	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
Sağlık bakanlığı	163	85,3
Tabip odası	60	31,4
İlaç firması	15	7,9
Yazılı ya da görsel basın	37	19,4
Diğer	6	3,1
Toplam	281	147,1*

*Çoklu yanıtı olan soru olduğu için toplamlar %100’ü geçer.

Katılımcıların, çoklu yanıt seçeneği olan “Akılcı ilaç kullanımı farkındalığı oluşturmak için sizce ne yapılabilir?” sorusuna verdiği yanıtları inceleyecek olursak; %58,7’si (n=127) “Tıp fakültelerinde zorunlu eğitim”, %67,0’ı (n=146) “Asistanlık sürecinde tekrarlanan eğitimler”, %53,2’si (n=116) “Uzmanlıkta veya sahada çalışırken düzenlenecek hizmet içi eğitim programları”, %29,8’i (n=65) “Online eğitim” ve %1,8 (n=4) “Diğer” şeklinde olduğu görüldü.

En son diğer seçeneği boş bırakıldı ve buraya kendi düşüncelerini yazan araştırma görevlilerinin akılcı ilaç farkındalığı oluşturabilmek için “Başvuran hasta ve hasta yakınlarının akılcı ilaç kullanımı hakkında eğitimi”, “Akılcı ilaç kullanımı hakkında hastalara broşür, dergi, kitap gibi yayınların sağlanması” gibi durumları da dahil ettikleri görüldü.

KARŞILAŞTIRMALI İSTATİSTİKLER

Günlük ortalama bakılan hasta sayısı ile başvuran hastalara reçete yazma oranları ($p=0,964$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmazken, hastayı muayene edip, tanı koyduktan sonra hastaya hastalığın adını, nedenlerini ve tedavi gerekçelerini anlatma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu ($p=0,31$) (Tablo 7). Katılımcıların günlük ortalama bakılan hasta sayısı ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 8’de verilmiştir

Tablo 8. Günlük bakılan ortalama hasta sayısı ile hastanın tedavisini düzenlemek için ayrılan süre arasındaki ilişki

“Günlük ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?”		30 ve Altı	30’dan fazla	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n (%)	n (%)	n (%)		
Hastayı muayene edip, tanı koyduktan tedavisini düzenlemek için ayrılan ortalama süre	5 dk ve altı	26 (20,8)	34 (37,0)	60 (100)	Pearson $\chi^2=6,918$	0,031*
	6-10 dk	67 (53,6)	39 (42,4)	106 (100)		
	11 dk ve üzeri	32 (25,6)	19 (20,7)	51 (100)		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 :Ki-kare istatistiksel analizi. * $p<0,05$; ** $p<0,001$.

Tablo 7. Günlük ortalama bakılan hasta sayısı ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırması

“Günlük ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?”		30 ve altı	31-59	60 ve üzeri	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kadın	69 (61,1)	42 (37,2)	2 (1,8)	113 (100)	Pearson $\chi^2=9,600$	0,031*
	Erkek	56 (53,3)	36 (34,3)	13 (12,4)	105 (100)		
Yaş	20-30	105 (57,7)	67 (36,8)	10 (5,5)	182 (100)	Pearson $\chi^2=3,431$	0,180
	31 ve üzeri	20 (55,6)	11 (30,6)	5 (2,5)	36 (100)		
Asistanlık Yılı	2 yıldan az	88 (71,5)	29 (23,6)	6 (9,5)	123 (100)	Pearson $\chi^2=23,325$	0,000**
	2 yıl ve üzeri	37 (38,9)	49 (51,6)	9 (9,5)	95 (100)		
Geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşlarında çalışma durumu	Evet	101 (55,5)	66 (36,3)	15 (8,2)	182 (100)	Pearson $\chi^2=3,693$	0,158
	Hayır	24 (66,7)	12 (33,3)	0 (0)	36 (100)		
Aktif doktor olarak çalışma süresi	3 yıl ve Altı	87 (62,6)	46 (33,1)	6 (4,3)	139 (100)	Pearson $\chi^2=6,283$	0,043*
	3 yıldan fazla	38 (48,1)	32 (40,5)	9 (11,4)	79 (100)		
Branş	Dahili	110 (61,8)	59 (33,1)	9 (5,1)	178 (100)	Pearson $\chi^2=9,937$	0,007*
	Cerrahi	15 (37,5)	19 (47,5)	6 (15,8)	40 (100)		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 :Ki-kare istatistiksel analizi. *p<0,05; **p<0,001.

Hastayı muayene edip, tanı koyduktan sonra tedavisini düzenlemek için ayrılan ortalama süre ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 9’da verilmiştir. Hastayı muayene edip, tanı koyduktan sonra tedavisini düzenlemek için ayrılan ortalama süre ile medeni durum ($\chi^2=2,595$; p=0,273) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmazken, mezuniyet sonrası geçen süre arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulundu (p=0,023) (Tablo 10).

Tablo 9. Hastayı muayene edip, tanı koyduktan sonra tedavisini düzenlemek için ayrılan ortalama süre ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Hastayı muayene edip, tanı koyduktan sonra tedavisini düzenlemek için ortalama ne kadarlık bir süre ayırıyorsunuz?”		5 dk ve altı	6-10 dk	11 dk ve üzeri	Toplam	İstatistiksel Analiz	P değeri
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kadın	31 (27,4)	55 (48,7)	27 (23,9)	113 (100)	Pearson $\chi^2=0,021$	0,990
	Erkek	29 (27,9)	51 (49,0)	24 (23,1)	104 (100)		
Yaş	20-30	51 (28,2)	92 (50,8)	38 (42,5)	181 (100)	Pearson $\chi^2=3,906$	0,142
	31 ve üzeri	9 (25,0)	14 (38,9)	13 (36,1)	36 (100)		
Asistanlık yılı	2 yıldan az	37 (24,5)	51 (41,5)	35 (28,5)	123 (100)	Pearson $\chi^2=6,741$	0,034*
	2 yıl ve üzeri	23 (24,5)	55 (58,5)	16 (17,0)	94 (100)		
Geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşlarında çalışma durumu	Hayır	12 (33,3)	18 (50,0)	6 (16,7)	36 (100)	Pearson $\chi^2=1,374$	0,503
	Evet	48 (26,5)	88 (48,6)	45 (24,9)	181 (100)		
Aktif doktor olarak çalışma süresi	3 yıl ve altı	42 (24,1)	66 (47,8)	31 (22,5)	138 (100)	Pearson $\chi^2=0,837$	0,658
	3 yıldan fazla	19 (24,1)	40 (50,6)	20 (25,3)	79 (100)		
Branş	Dahili	43 (24,2)	90 (50,6)	45 (25,3)	178 (100)	Pearson $\chi^2=62,98$	0,043*
	Cerrahi	17 (43,6)	16 (41,5)	6 (15,4)	39 (100)		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 :Ki-kare istatistiksel analizi. *p<0,05; **p<0,001.

Tablo 10. Hastayı muayene edip, tanı koyduktan sonra tedavisini düzenlemek için ayrılan süre ile mezuniyet sonrası geçen sürenin karşılaştırılması

“Hastayı muayene edip, tanı koyduktan sonra tedavisini düzenlemek için ortalama ne kadarlık bir süre ayırıyorsunuz?”		5 dk ve altı	6-10 dk	11 dk ve üzeri	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n (%)	n(%)	n (%)	n (%)		
Mezuniyet sonrası geçen süre	0-5 yıl	60 (28,4)	104 (49,3)	47 (22,3)	211 (100)	$\chi^2=6,902$	0,023*
	6 yıl ve üzeri	0 (0,0)	2 (33,3)	4 (66,7)	6 (100)		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 :Ki-kare istatistiksel analizi. *p<0,05; **p<0,001

Günlük başvuran hastalara reçete yazma oranları ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11. Başvuran hastalara reçete yazma oranları ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Günlük başvuran hastaların yaklaşık yüzde kaçına reçete yazıyorsunuz?”		%25 ve altı	%26-50	%51-75	%76-100	Toplam	İstatistiksel analiz	p değeri
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kadın	22 (19,5)	55 (48,7)	27 (23,9)	15 (13,3)	113 (100)	Pearson $\chi^2=2,755$	0,431
	Erkek	29 (27,6)	27 (25,7)	34 (32,4)	15 (14,3)	105 (100)		
Yaş	20-30	39 (21,4)	52 (29,8)	64 (35,2)	27 (14,8)	182 (100)	Pearson $\chi^2=4,841$	0,184
	31 ve Üzeri	12 (33,3)	13 (36,1)	8 (22,2)	3 (8,3)	36 (100)		

Tablo 11 (Devam). Başvuran hastalara reçete yazma oranları ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Günlük başvuran hastaların yaklaşık yüzde kaçına reçete yazıyorsunuz?”		%25 ve altı	%26-50	%51-75	%76-100	Toplam	İstatistiksel analiz	p değeri
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Asistanlık yılı	2 yıldan az	27 (22,0)	38 (30,9)	35 (28,5)	23 (18,7)	123 (100)	Pearson $\chi^2=7,148$	0,067
	2 yıl ve üzeri	24 (25,3)	27 (28,4)	37 (38,9)	7 (7,4)	95 (100)		
Geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşların da çalışma durumu	Hayır	9 (25,0)	9 (25,0)	13 (36,1)	5 (13,9)	36 (100)	Pearson $\chi^2=0,508$	0,917
	Evet	42 (23,1)	56 (30,8)	59 (32,4)	25 (13,7)	182 (100)		
Aktif doktor olarak çalışma süresi	3 yıl ve altı	26 (18,7)	40 (28,8)	49 (35,3)	24 (17,3)	139 (100)	Pearson $\chi^2=7,743$	0,052
	3 yıldan fazla	25 (31,6)	25 (31,6)	23 (29,1)	6 (7,6)	79 (100)		
Branş	Dahili	31 (17,4)	54 (30,3)	66 (37,1)	27 (15,2)	178 (100)	Pearson $\chi^2=21,127$	0,000**
	Cerrahi	20 (50,0)	11 (27,5)	6 (15,0)	3 (7,5)	40 (100)		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 :Ki-kare istatistiksel analizi. *p<0,05; **p<0,001

Araştırma görevlilerinin reçetelerinde yer alan ilaç sayısı ile bazı sosyodemografik bilgilerin karşılaştırılması Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12. Reçetede yer alan ilaç sayısı ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Reçetelerinizde ortalama kaç kalem ilaç yer almaktadır?”		1 veya 2	3	4 ve üzeri	Toplam	İstatistiksel analiz	p değeri
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kadın	47 (41,6)	58 (51,3)	8 (7,1)	113 (100)	Pearson $\chi^2=2,244$	0,326
	Erkek	51 (49,0)	43 (41,3)	10 (9,6)	104 (100)		
Yaş	20-30	86 (47,3)	81 (44,5)	15 (8,2)	182 (100)	Pearson $\chi^2=2,104$	0,349
	31 ve üzeri	12 (34,3)	20 (57,1)	3 (8,6)	35 (100)		
Asistanlık yılı	2 yıldan az	56 (45,9)	58 (47,5)	8 (6,6)	122 (100)	Pearson $\chi^2=1,108$	0,575
	2 yıl ve üzeri	42 (44,2)	43 (45,3)	10 (10,5)	95 (100)		
Geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşlarında çalışma durumu	Hayır	17 (48,6)	16 (45,7)	2 (5,7)	35 (100)	Pearson $\chi^2=0,449$	0,799
	Evet	81 (44,5)	85 (46,7)	16 (8,8)	182 (100)		
Aktif doktor olarak çalışma süresi	3 yıl ve altı	65 (47,1)	66 (47,8)	7 (5,1)	138 (100)	Pearson $\chi^2=5,195$	0,074
	3 yıldan fazla	33 (41,8)	35 (44,3)	11 (13,9)	79 (100)		
Branş	Dahili	76 (42,9)	84 (47,5)	17 (9,6)	177 (100)	Pearson $\chi^2=3,209$	0,205
	Cerrahi	22 (55,0)	17 (42,5)	1 (2,5)	40 (100)		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 :Ki-kare istatistiksel analizi. *p<0,05; **p<0,001.

Katılımcıların hastayı muayene edip, tanı koyduktan sonra hastaya hastalığının adını, nedenlerini ve tedavinin gerekçelerini anlatma sıklıkları ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 13’de verilmiştir.

Tablo 13. Hastalığın adını, nedenlerini ve tedavi gerekçelerini anlatma sıklıkları ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Hastanızı muayene edip tanı koyduktan sonra, hastaya hastalığının adını, nedenlerini ve tedavinin gerekçelerini anlatıyor musunuz?”		Nadiren ve bazen	Sıklıkla	Herzaman	Toplam	İstatiksel analiz	p değeri
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kadın	14 (12,4)	58 (51,3)	41 (36,3)	113 (100)	Pearson $\chi^2=0,141$	0,932
	Erkek	12 (11,5)	56 (53,8)	36 (34,6)	104 (100)		
Yaş	20-30	18 (9,9)	98 (54,1)	65 (35,9)	181 (100)	Pearson $\chi^2=4,372$	0,112
	31 ve Üzeri	8 (22,2)	16 (44,4)	12 (33,3)	36 (100)		
Asistanlık yılı	2 yıldan az	16 (13,0)	69 (56,1)	3 (30,9)	123 (100)	Pearson $\chi^2=2,623$	0,270
	2 yıl ve üzeri	10 (10,6)	45 (47,9)	39 (41,5)	94 (100)		
Geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşlarında çalışma durumu	Hayır	3 (8,3)	25 (69,4)	8 (22,2)	36 (100)	Pearson $\chi^2=4,96$	0,083
	Evet	23 (12,7)	89 (49,2)	69 (38,1)	181 (100)		
Aktif doktor olarak çalışma süresi	3 yıl ve altı	16 (11,6)	82 (59,4)	40 (29,0)	138 (100)	Pearson $\chi^2=7,980$	0,019*
	3 yıldan fazla	10 (12,7)	32 (40,5)	37 (46,8)	79 (100)		
Branş	Dahili	21 (11,8)	99 (55,6)	58 (32,6)	178 (100)	Pearson $\chi^2=4,167$	0,124
	Cerrahi	5 (12,8)	15 (38,5)	19 (48,7)	39 (100)		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 :Ki-kare istatistiksel analizi. *p<0,05; **p<0,001.

Katılımcıların sık karşılaştığı hastalıklar için kişisel ilaç listesi oluşturma durumu ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırması Tablo 14’de verilmiştir.

Tablo 14. Sık karşılaşılan hastalıklar için kişisel ilaç listesi oluşturma durumu ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Sık karşılaştığınız hastalıklar için oluşturduğunuz kişisel ilaç listeniz var mı?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Cinsiyet	Kadın	40 (35,5)	73 (64,6)	113 (100)	Yates $\chi^2=0,000$	1,000
	Erkek	44 (41,9)	61 (58,1)	105 (100)		
Yaş	20-30	70 (38,5)	112 (61,5)	182 (100)	Pearson $\chi^2=1,652$	0,199
	31 ve üzeri	14 (38,9)	22 (61,1)	36 (100)		
Asistanlık yılı	2 yıldan az	47 (38,2)	76 (61,8)	123 (100)	Pearson $\chi^2=0,012$	0,912
	2 yıl ve üzeri	37 (38,9)	58 (61,1)	95 (100)		
Geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşlarında çalışma durumu	Hayır	12 (33,3)	24 (66,7)	36 (100)	Yates $\chi^2=0,264$	0,607
	Evet	72 (39,6)	110 (60,4)	182 (100)		
Aktif doktor olarak çalışma süresi	3 yıl ve altı	55 (39,6)	84 (60,4)	139 (100)	Pearson $\chi^2=0,174$	0,677
	3 yıldan fazla	29 (36,7)	50 (63,3)	79 (100)		
Branş	Dahili	70 (39,3)	108 (60,7)	178 (100)	Yates $\chi^2=0,108$	0,743
	Cerrahi	14 (35,0)	26 (65,0)	40 (100)		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 :Ki-kare istatistiksel analizi. *p<0,05; **p<0,001.

Araştırma görevlilerinin ilaç yazarken bilgi kaynaklarından yararlanma durumu ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15. İlaç yazarken bilgi kaynaklarından yararlanma durumu ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“İlaç yazarken bilgi kaynaklarından yararlanıyor musunuz?”		Hayır n Yüzde	Evet n Yüzde	Toplam n Yüzde	İstatistiksel Analiz	p değeri
Cisiyet	Kadın	13 (11,5)	100 (88,5)	113 (100)	Yates $\chi^2=0,000$	0,842
	Erkek	13 (12,4)	92 (87,6)	105 (100)		
Yaş	20-30	22 (12,1)	160 (87,9)	182 (100)	Fisher's Exact Test 0,027	0,565
	31 ve üzeri	4 (11,1)	32 (88,9)	36 (100)		
Asistanlık yılı	2 yıldan az	16 (13,0)	107 (87,0)	123 (100)	Yates $\chi^2=0,122$	0,726
	2 yıl ve üzeri	10 (10,5)	85 (89,5)	95 (100)		
Geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşlarında çalışma durumu	Hayır	3 (8,3)	33 (91,7)	36 (100)	Fisher's Exact Test 0,528	0,584
	Evet	23 (12,6)	159 (87,4)	182 (100)		
Aktif doktor olarak çalışma süresi	3 yıl ve altı	14 (10,1)	125 (89,9)	139 (100)	Yates $\chi^2=0,816$	0,366
	3 yıldan fazla	12 (15,2)	67 (84,8)	79 (100)		
Branş	Dahili	19 (10,7)	159 (89,3)	178 (100)	Fisher's Exact Test 1,442	0,278
	Cerrahi	7 (17,5)	33 (82,5)	40 (100)		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 :Ki-kare istatistiksel analizi. *p<0,05; **p<0,001.

Beşeri tıbbi ürünün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen beklenmeyen yan etkilerin bildirimini yapma durumları ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 16’de verilmiştir. Beşeri tıbbi ürünün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen beklenmeyen advers etkilerin bildirimini yapma durumları ile asistanlık yılı arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptandı (Tablo 17).

Tablo 16. Advers etkilerin bildirimini yapma durumları ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Beşeri tıbbi ürünün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen beklenmeyen advers etkilerin bildirimini yapıyor musunuz?”		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla ve her zaman	Toplam	İstatiksel analiz	P değeri
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kadın	61 (54,5)	21 (18,8)	18 (16,1)	12 (10,7)	112 (100)	Pearson $\chi^2=3,462$	0,326
	Erkek	47 (46,1)	16 (15,7)	21 (20,6)	18 (17,6)	102 (100)		
Yaş	20-30	85 (47,8)	32 (18,0)	33 (18,5)	28 (15,7)	178 (100)	Pearson $\chi^2=4,103$	0,251
	31 ve üzeri	23 (63,9)	5 (13,9)	6 (16,7)	2 (5,6)	36 (100)		
Medeni durum	Evli	66 (51,5)	23 (17,8)	26 (20,2)	14 (10,9)	129 (100)	Pearson $\chi^2=3,072$	0,381
	Bekar	42 (49,2)	14 (16,5)	13 (15,3)	16 (18,8)	85 (100)		
Geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşların da çalışma durumu	Hayır	26 (72,2)	4 (11,1)	5 (13,9)	1 (2,8)	36 (100)	Pearson $\chi^2=9,362$	0,025*
	Evet	82 (46,1)	33 (18,5)	34 (19,1)	29 (16,3)	178 (100)		
Aktif doktor olarak çalışma süresi	3 yıl ve alt	75 (54,7)	19 (13,9)	29 (21,2)	14 (10,2)	137 (100)	Pearson $\chi^2=9,689$	0,021*
	3 yıldan fazla	33 (42,9)	18 (23,4)	10 (13,0)	16 (20,0)	77 (100)		
Branş	Dahili	94 (53,4)	29 (16,5)	32 (18,2)	21 (11,9)	176 (100)	Pearson $\chi^2=5,158$	0,161
	Cerrahi	14 (36,8)	8 (21,1)	7 (18,4)	9 (23,7)	38 (100)		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 :Ki-kare istatistiksel analizi. *p<0,05; **p<0,001

Tablo 17. Advers etkilerin bildirimini yapma durumu ile asistanlık yılı arasındaki ilişki

“Beşeri tıbbi ürünün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen beklenmeyen advers etkilerin bildirimini yapıyor musunuz?”		Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla ve Her zaman	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Asistanlık yılı	0-1 yıl	36 (53,7)	8 (11,9)	12 (17,9)	11 (16,4)	67 (100)	Pearson $\chi^2=18,331$	0,032*
	1-2 yıl	23 (42,6)	9 (16,7)	16 (29,6)	6 (11,1)	54 (100)		
	2-3 yıl	36 (35,1)	9 (16,1)	6 (10,7)	5 (8,9)	56 (100)		
	4 yıl ve üzeri	13 (35,1)	11 (29,7)	5 (13,5)	8 (21,6)	37 (100)		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 :Ki-kare istatistiksel analizi. *p<0,05; **p<0,001.

Bildirim yapma sayısı ile cinsiyet (p=0,567), yaş (p=0,657), medeni durum (p=0,275), geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşlarında çalışma durumu (p=0,130), branş (p=0,503) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmazken, asistanlık yılı (p=0,006), aktif doktorluk yapma süresi (p=0,028) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulundu (Tablo 18).

Tablo 18. Bildirim yapma sayısı ile asistanlık yılı ve aktif doktorluk yapma sürelerinin karşılaştırılması

“Şimdiye kadar kaç bildirim yaptınız?”		1-2	3 ve üzeri	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Asistanlık yılı	2 yıldan az	60 (93,8)	4 (6,2)	64 (100)	Yates $\chi^2=7,541$	0,006**
	2 yıl ve üzeri	32 (72,7)	12 (27,3)	44 (100)		
Aktif doktor olarak çalışma süresi	3 yıl ve altı	59 (92,2)	5 (7,8)	64 (100)	Yates $\chi^2=4,817$	0,028*
	3 yıldan fazla	33 (75,0)	11 (25,0)	44 (100)		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 :Ki-kare istatistiksel analizi. *p<0,05; **p<0,001.

Akılcı ilaç kullanımı eğitimi almış olma durumu ile cinsiyet ($p=0,495$), yaş ($p=0,528$), medeni durum ($p=0,809$), asistanlık yılı ($p=0,762$), aktif doktor olarak çalışma süresi ($p=0,650$), branş ($p=0,163$) gibi sosyodemografik verilerin arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmazken, geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşlarında çalışma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu saptandı ($p=0,002$) (Tablo 19). Akılcı ilaç kullanımı eğitimi almış olma durumu ile hastanın tedavisini düzenlemek için ayrılan süre ($p=0,666$), günlük başvuran hastalara reçete yazma oranı ($p=0,522$), reçetelerinde yer alan ortalama ilaç sayısı ($p=0,198$), hastaya tanı sonrası hastalığının adını, nedenlerini ve tedavi gerekçelerini anlatma durumu ($p=0,169$), sık karşılaşılan hastalıklar için kişisel reçete oluşturma durumu ($p=0,987$), ilaç yazarken bilgi kaynaklarından yararlanma durumu ($p=0,884$), akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almayı isteme durumu ($p=0,413$), advers etki bildirimi yapma durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmazken, reçete edilen ilaçları hastalara tekrar ettirme durumu (Tablo 20), sağlık bakanlığının akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalarından haberdar olma durumu (Tablo 21) arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmıştır.

Tablo 19. Akılcı ilaç kullanımı eğitimi almış olma durumu ile geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşlarında çalışmış olma durumu arasındaki ilişki

“Daha önce hiç akılcı ilaç kullanımı eğitimi aldınız mı?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
“Geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşlarında çalıştınız mı?”	Hayır	34 (94,4)	2 (10)	36 (100)	Yates $\chi^2=9,249$	0,002**
	Evet	123 (68,8)	58 (32,0)	181 (100)		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 :Ki-kare istatistiksel analizi. * $p<0,05$; ** $p<0,001$.

Tablo 20. Akılcı ilaç kullanımı eğitimi alma durumuyla reçete edilen ilaçları hastaya tekrar ettirme durumunun ilişkisi

“Daha önce hiç akılcı ilaç kullanımı eğitimi aldınız mı?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Reçete edilen ilaçları hastaya tekrar ettirme durumu	Hiçbir zaman	6 (60,0)	4 (40,0)	10 (100)	Pearson $\chi^2=12,734$	0,013*
	Nadiren	31 (79,5)	8 (20,5)	39 (100)		
	Bazen	68 (79,1)	18 (20,9)	39 (100)		
	Sıklıkla	38 (57,6)	28 (42,4)	66 (100)		
	Herzaman	14 (87,5)	2 (12,5)	16 (100)		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 :Ki-kare istatistiksel analizi. *p<0,05; **p<0,001

Tablo 21. Akılcı ilaç eğitimi alma durumu ile bakanlığın akılcı ilaç konusundaki çalışmalarından haberdar olma durumu arasındaki ilişki

“Daha önce hiç akılcı ilaç kullanımı eğitimi aldınız mı?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel Analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Sağlık bakanlığının akılcı ilaç konusundaki çalışmalarından haberdar olma	Hayır	100 (63,7)	57 (36,3)	157 (100)	Pearson $\chi^2=17,980$	0,000*
	Evet	19 (31,7)	41 (68,3)	60 (100)		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 :Ki-kare istatistiksel analizi. *p<0,05; **p<0,001

Sağlık bakanlığının akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalarından haberdar olma durumu ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması Tablo 22’de verilmiştir.

Tablo 22. Sağlık bakanlığının akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalarından haberdar olma durumu ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Sağlık bakanlığının akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalarından haberdar mısınız?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Cinsiyet	Kadın	70 (61,9)	43 (38,1)	113 (100)	Pearson $\chi^2=4,515$	0,034*
	Erkek	50 (47,6)	55 (52,4)	105 (100)		
Yaş	20-30	106 (58,2)	76 (41,8)	182 (100)	Yates $\chi^2=3,801$	0,051
	31 ve üzeri	14 (38,9)	22 (61,1)	36 (100)		
Medeni durum	Evli	40 (46,0)	47 (54,0)	87 (100)	Pearson $\chi^2=4,812$	0,028*
	Bekar	80 (61,1)	51 (38,9)	131 (100)		
Asistanlık yılı	2 yıl ve altı	70 (56,9)	53 (43,1)	123 (100)	Pearson $\chi^2=0,397$	0,529
	2 yıldan fazla	50 (52,6)	45 (47,4)	95 (100)		
Geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşlarında çalışma durumu	Hayır	25 (69,4)	11 (30,6)	36 (100)	Yates $\chi^2=2,949$	0,086
	Evet	95 (52,2)	87 (47,8)	182 (100)		
Aktif doktor olarak çalışma süresi	3 yıl ve altı	83 (59,7)	56 (40,3)	139 (100)	Pearson $\chi^2=3,375$	0,066
	3 yıldan fazla	37 (46,8)	42 (53,2)	79 (100)		
Branş	Dahili	96 (53,9)	82 (46,1)	178 (100)	Yates $\chi^2=0,272$	0,602
	Cerrahi	24 (60,0)	16 (40,0)	40 (100)		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 :Ki-kare istatistiksel analizi. *p<0,05; **p<0,001.

Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almayı isteme durumu ile medeni durum ($p=0,977$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmazken, bazı diğer sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması Tablo 23’de verilmiştir.

Tablo 23. Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almayı isteme durumu ile bazı sosyodemografik verilerin karşılaştırılması

“Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak ister misiniz?”		Hayır	Evet	Toplam	İstatistiksel analiz	p değeri
		n Yüzde	n Yüzde	n Yüzde		
Cinsiyet	Kadın	9 (8,0)	104 (92,0)	113 (100)	Yates $\chi^2=6,654$	0,010*
	Erkek	22 (21,2)	82 (78,8)	104 (100)		
Yaş	20-30	23 (12,7)	158 (87,3)	181 (100)	Yates $\chi^2=1,511$	0,219
	31 ve üzeri	8 (22,2)	28 (77,8)	36 (100)		
Asistanlık yılı	2 yıl ve altı	17 (13,9)	105 (86,1)	122 (100)	Yates $\chi^2=0,000$	1,000
	2 yıldan fazla	14 (14,7)	81 (85,3)	95 (100)		
Geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşlarında çalışma durumu	Hayır	1 (2,9)	34 (97,1)	35 (100)	Fisher’s Exact Test 4,431	0,035*
	Evet	30 (26,0)	152 (83,5)	182 (100)		
Aktif doktor olarak çalışma süresi	3 yıl ve altı	15 (10,9)	123 (89,1)	138 (100)	Yates $\chi^2=2,887$	0,089
	3 yıldan fazla	16 (20,3)	63 (79,7)	79 (100)		
Branş	Dahili	19 (10,7)	158 (89,3)	177 (100)	Yates $\chi^2=8,379$	0,004**
	Cerrahi	12 (30,0)	28 (70,0)	40 (100)		

n: Kişi sayısı; Pearson χ^2 :Ki-kare istatistiksel analizi. * $p<0,05$; ** $p<0,001$.

TARTIŞMA

Akılcı İlaç Kullanımı konusunda başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının ve yetkililerin son derece özverili bir davranış sergilemesi gerekmektedir. DSÖ'nün tanımıyla AİK; hastaların ilaçları klinik durumlarına uygun şekilde, kişisel ihtiyaçlarını karşılayacak dozlarda, yeterli süre boyunca, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünüdür (26). Hastanın tedavisinin başarıyla uygulanabilmesi için AİK konusunda anahtar rolü oynayan yaklaşımların sergilenmesi gereklidir. Bu nedenle mevcut durumun çok iyi analiz edilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Akılcı İlaç Kullanımı'nın gerektirdiği kurallara uyulmaması ise, Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı (AOİK) olarak tanımlanır ve tüm ülkelerin üzerinde önemle durduğu ortak sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Ülkemiz için de oldukça önemli bir sorun olan AOİK'nın giderilmesi için ilaçlar konusunda baş rol konumunda yer alan hekimlerin bilgi ve tutumlarının gözden geçirilmesi ve gerekli tedbirlerin alınması son derece büyük önem taşımaktadır. Hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda değerlendirilmesi, akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması için yürütülen tüm faaliyetlerde faydalı olacağı gibi süreçte yaşanan aksaklıkların nedeninin belirlenmesinde ve sorunların giderilmesinde de yardımcı olacaktır.

Ancak ne yazıkki ülkemizde hekimlerin AİK ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını ölçen çalışma sayısı sınırlıdır. Biz de sürece katkı sağlayabilmeyi amaçlayarak çalışmamızda araştırma görevlisi hekimlerin AİK konusunda bilgi tutum ve davranışlarını inceledik. Çalışmamıza Edirne Trakya Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesinde görev yapmakta olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden farklı branşlardan 218 araştırma görevlisi doktor dahil edildi. Katılımcıların %51,8'i kadın, %48,2'si erkek idi ve cinsiyet dağılımı birbirine yakın olarak bulundu. Yaş dağılımları incelendiğinde araştırma görevlilerinin %8,3'ü

(n=18) 20-25 yaş aralığında, %75,2'si (n=164) 26-30 yaş aralığında, %13,3'ü (n=29) 31-35 yaş aralığında, %7'si (n=7) 36 yaş ve üzeri olduğu görüldü. Literatür incelendiğinde Samsun'da Pilgir (43) tarafından 2017 yılında araştırma görevlileri üzerinden yapılan benzer bir çalışmada araştırma görevlilerinin %64,2'si 26-30 yaş aralığında, %29,3'ü ise 31-35 yaş aralığında bulunmuştur. 2016'da Ankara'da Akkurt (44) tarafından yapılan bir başka çalışmada araştırma görevlilerinin %8,3'ü 20-25 yaş aralığında %51,7'si 26-30, %23,3'ü 31-35 ve %16,7'si 36 ve üzeri yaştadır. 2018 yılında İzmir'de Peköz'ün (45) yaptığı yine benzer bir çalışmada araştırma görevlisi hekimlerin %67,3'ü 25-29 yaş aralığında, %21,8'i 30-34 yaş aralığında olduğu bulunmuştur. Çalışmamızdaki asistan hekimlerin yaş aralıkları diğer çalışmalardaki hekimlerin yaş aralıklarıyla benzer bulunmuştur. Benzerlik nedenleri olarak da araştırma görevlisi hekimlerin büyük bir çoğunluğunun tıp fakültesi mezuniyetinden sonra zorunlu görevde bulunmuş olması ve sonrasında TUS ile araştırma görevlisi olarak yerleştirilmiş olmasını sıralayabiliriz.

Araştırma görevlilerinin mezuniyet sonrası geçen sürelerine bakıldığında; %82,1'i (n=179) 0-5 yıl aralığında, %15,1'i (n=33) 6-10 yıl aralığında, %1,4'ü (n=3) 11-15 yıl aralığında, %1,4'ü (n=3) 16 yıl ve üzeri olduğu görülmektedir. Akkurt'un (44) Ankara ilindeki eğitim ve araştırma hastanelerinde eğitim almakta olan aile hekimliği branşı dışında görev yapan araştırma görevlilerinin dahil edildiği çalışmada ise hekimlerin %65,0'inin mezuniyetinden sonra 0-5 yıl, %21,7'sinin 6-10 yıl, %6,1'inin 11-15 yıl ve %7,2'sinin ise 16-20 yıl geçmiş olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda mezuniyet sonrası 0-5 yıl geçmiş olan asistanların yüzdesi anlamlı derece yüksek olması çalışmamıza aile hekimliği asistanlarını da dahil etmiş olmamızdan ve son yıllarda aile hekimliğinin yeni mezunlar arasında ilk ve en çok tercih edilen uzmanlık dalları arasında olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamıza katılan araştırma görevlilerinin %83,5'i (n=182) geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşlarında çalışmış iken, %16,5'i (n=36) daha önce herhangi bir sağlık kuruluşunda çalışmamıştır. Bu sonuç da yine daha önceden bahsettiğimiz gibi asistan hekimlerin çoğunun mezuniyet sonrası zorunlu görevde bulunduğunu göstermektedir. Literatürde Ergin ve ark. (46) tarafından 2013 yılında Pamukkale üniversitesi dahili tıp bilimlerinde çalışan araştırma görevlilerine yönelik yapılan benzer bir çalışmada daha önceden pratisyen hekimlik yapanların oranı % 74,3 bulunmuş olup bizim çalışmamızla benzerdir.

Çalışmamıza en fazla aktif doktorluk yapma süreleri 3 yıl ve altı olan asistan hekimler (63,8) dahil olurken, Kubat (47) tarafından 2018 yılında Adana'da bir kamu hastanesinde görevli uzman ve asistan hekimler ile yapılan benzer bir çalışmada ise en fazla 4-10 yıl arasında

(%30,9) ve 20 yıl üstü (%23,5) mesleki tecrubesi olan hekimlerin araştırmaya dahil olduğu görülmektedir. Bu farklılığın nedeni olarak, çalışmaların yapıldığı örnek gruplarının farklı olması ve asistan hekimlerin mezuniyet sonrası çalışma sürelerinin az olması düşünülmektedir. Hekimlerin AİK konusunda bilgi, tutum ve davranış düzeylerinin mesleki tecrübe ile arttığı düşünülmekte, bu nedenle de ortaya çıkan sonuçların da etkilenmesi beklenmektedir. Saygılı ve Özer'in (3) 2013 yılında Kırıkkale'de yaptığı çalışmada da hekimlerden mesleki tecrübeleri 1-3 yıl arasında olanlar %5,7, 4-10 yıl arasında olanlar %36,8 bulunmuştur. Bizim çalışmamızla olan bu farklılığın sebebi Saygılı ve Özer'in yaptığı çalışmada hekimlerin büyük çoğunluğunun (%87,4) uzman hekimlerden oluşuyor olmasıdır.

Araştırmaya katılan asistan hekimlerin %81,7'si (n=178) dahili branşlarda görevliyken, %18,3'ü (n=40) cerrahhi branşlarda görev yapmaktaydı. Literatüre bakıldığında Kiroğlu ve ark. (48) tarafından 2018 yılında Adana'da yapılan benzer çalışmada ankete katılan asistan hekimlerin % 43,6'sı dahili tıp birimi bölümlerinde, % 56,4'ü cerrahi tıp birimi bölümlerinde çalışmakta olduğu görüldü. Bu farkın da çeşitli üniversitelerdeki dahili ve cerrahi branş asistan kontenjanlarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. İnce (49) tarafından Konya'da yapılan bir çalışmada ise araştırmaya katılan hekimlerin %23,1'i Temel Tıp Bilimlerinde, %11,3'ü Cerrahi Birimlerde, %65,6'sı Dahili Birimde görev yaptığı görülmüştür. Asistanların dahili ve cerrahi branş dağılımı bizim çalışmamızla benzer bulunmuştur, ancak farklı olarak bizim çalışmamıza Temel Tıp Bilimleri asistanları, aktif olarak hasta bakmamaları sebebiyle dahil edilmemiştir. Akkurt'un (44) çalışmasında da araştırmaya katılan asistan hekimlerin %63,3'ü dahili branşlarda çalışmakta iken %36,7'si cerrahi branşlarda çalışmakta olduğu görülmüştür.

Günlük bakılan ortalama hasta sayısı ile AİK ilkelerinin uygulanabilirliği arasında ilişki olduğu bilinmektedir. Hasta sayısının artmasıyla her hastaya ayrılması gereken minimum zaman dilimi daha da azalacağından AİK ilkelerinin gerektiği şekilde uygulanabilmesi de sekteye uğrayacaktır. Araştırmamıza katılan asistan hekimlerin %57,3'ü (n=125) günlük ortalama 30 ve altı hasta bakarken, %35,8'i (n=78) 31-59 arası, %3,2'sinin (n=7) 60-89 arası, %3,7'sinin (n=8) 90 ve üzeri hasta bakmaktadır. Burada günlük 30 ve altı hasta bakan asistan hekimlerin sayısının fazla olma nedeni ise çalışmamızın yapıldığı esnada hekimlerin büyük çoğunluğunun polikliniklerden ziyade yataklı servislerde görev yapmasından kaynaklanmaktadır. Akkurt'un (44) Ankara'da 180 araştırma görevlisinin dahil edildiği çalışmasında hekimlerin %28,7'sinin günlük ortalama hasta sayısı 30 ve altı iken, %32,0'ının 30-59, %16,9'unun 90 ve üzeri ve olduğu bulunmuştur. Bu çalışmadaki günlük ortalama 90

ve üzeri sayıda hasta muayene ettiğini belirten hekimlerin sıklığı bizim çalışmamıza göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farkın nedeni; Akkurt'un çalışmasının yoğun nüfus oranına sahip Ankara'da yapılmış olması, bizim çalışmamızın ise daha düşük nüfus oranına sahip Edirne ilinde yapılmış olması olabilir.

Vançelik ve ark. (50) Erzurum'da pratisyen hekimler üzerinde yaptığı çalışmada hekimlerin %15,1'i günde ortalama 30'un altında hasta muayene ettiğini belirtirken, 90 ve üzeri hasta muayene eden hekim oranı %21,1 olarak bulunmuştur. Yine bu çalışmada da günlük 90 ve üzeri sayıda hasta muayene eden hekimlerin sıklığının fazla olmasının nedeni çalışmanın pratisyen hekimler üzerinde yapılmış olması, bizim çalışmamızın ise farklı branşlarda görevli asistan hekimler ile yapılmış olmasından olabilir.

Nacar ve ark. (51) tarafından 2016'da Malatya il merkezinde kamu ve özel sektörde çalışan pratisyen hekimlerle yapılan benzer bir çalışmada hekimlerin %12,1'i 30 kişi ve altı, %53'ü 31-60 arası kişi, %10,6'sı 61-90 arası kişi, %24,2'si 90 ve daha fazla kişiyi muayene ettiğini belirtmiştir. Öztürk ve ark. (52) tarafından Ankara'da birinci basamak sağlık hizmeti sunan 123 pratisyen hekim üzerinden yapılan çalışmada başvuran günlük ortalama hasta sayısı 63,37 bulunmuş ve günlük poliklinik hasta sayısı arttıkça üst solunum yolu enfeksiyonu kliniği olan hastada hekimlerin antibiyotik kullanımının arttığı istatistiksel açıdan anlamlı tespit edilmiştir. Literatürde benzer birçok çalışmada hekimlerin günlük baktığı hasta sayısındaki artış ve AİK ilekelerinin uygulanması arasında ters ilişki olduğu saptanmıştır. Günlük başvuran hasta sayısı arttıkça AOİK uygulamalarının da artış gösterdiği açıkça görülmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün belirlediği en az hasta bakma süresi 20 dakikadır (53). Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda hekimlerin hastalarına muayene için ayırdıkları sürenin gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla olduğu görülmüştür. Literatürdeki çalışmalarda, Amerika Birleşik Devletleri'nde aile hekimlerinin hasta muayenesi için ortalama 12 dakika, İngiltere'de ise genel pratisyenlerin hasta muayenesi için ortalama 7-9 dakika ayırabildiği görülmektedir (54).

Japonya'da (55) yapılan bir çalışmada konsültasyon süresini derecelendiren hastalar, 10 dakikadan uzun süren konsültasyonların, kısa süreli olanlara göre daha fazla hasta merkezli olduğunu belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmada muayene süresinin uzun olmasının psikososyal sorunlara daha fazla dikkat çekilmesine, daha düşük reçete yazma oranlarına, daha kaliteli reçete yazılmasına, "hasta merkezli" memnuniyet göstergelerinde artışa ve malpraktis davalarında azalmaya olanak sağlayabileceğine vurgu yapılmıştır.

Bizim çalışmamızda hekimlerin hastalarını muayene edip tanı koyduktan sonra tedavisini düzenlemek için ayırdıkları süreye baktığımızda; %27,5'i (n=60) 5 dk ve altı, %48,6'sı (n=106) 6-10 dk, %12,4'ü (n=27) 11-15 dk, %4,1'i (n=9) 16-20 dk, %6,9'u (n=15) 21 dk ve üzeri şeklinde olduğunu tespit ettik. Cerrahi branşlarda görevli asistan hekimlerin %42,5'i hastanın tedavisini düzenlemek için 5 dakika ve altında zaman ayırırken, dahili branşlarda görevli hekimlerin %50'si 6-10 dakika arasında zaman ayırdığı görüldü. Her ne kadar dahili branşlarda görevli hekimlerin büyük çoğunluğu hastanın tedavisini düzenlemek için cerrahi branş asistanlarına kıyasla daha fazla zaman ayırsa da sonuç olarak ideal sürenin oldukça altındadır. Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin sadece %6,9'unun hastalarına 21 dakika ve üzerinde zaman ayırabildiği tespit edildi. Pilgir'in (43) 2017 yılında Samsun'da yaptığı bir çalışmada da bizim çalışmamızla benzer şekilde hekimlerin yalnızca %6,9'unun bir hastaya ortalama 20 dakika ve üzerinde süre ayırabildiği belirtilmiştir. Vançelik ve ark. (50) çalışmasında ortalama muayene süresi $8,24 \pm 4,7$ dakika olup hekimlerin %12,5'inin hastalara ortalama 1- 4 dakika zaman ayırdıkları ve % 15,8'inin ise ortalama 15 dakika ve üzerinde zaman ayırdıkları görülmüştür. Yine aynı çalışmada hekimlerin %53,3'ünün hastalarına 10 dk'dan daha az bir süre ayırabildikleri tespit edilmiştir. Ergin ve ark. (46) tarafından 2013'de Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi dahili tıp bilimlerinde çalışan araştırma görevlisi doktorlarla yapılan benzer çalışmada hekimlerin hastalarına ayırabildikleri süre $10,07 \pm 6,46$ dakika olarak bulunmuştur. Nacar ve ark. (51) çalışmasında ortalama muayene sürelerine bakıldığında hekimlerin %33'ü muayene için 1-4 dakika, % 50,8'i 5-9 dakika, %15,9'u 10-14 dakika zaman ayırdığını belirtmiş olup, bizim çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmada muayene için 15 dakika ve daha fazla vakit ayıran hekime rastlanmamıştır. Bu farkın nedeni bizim çalışmamızın üçüncü basamak sağlık kurumunda çalışan asistan hekimlerinde yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Akıcı ve ark. (34) 2002 yılında, pratisyen hekimler üzerinde yaptıkları çalışmada hastalara ayrılan ortalama süreyi 7,7 dakika olarak saptamışlardır. Literatürdeki birçok çalışmaya ve bizim çalışmamıza bakıldığında doktorların büyük bir çoğunluğunun anamnez, sistemik muayene, tanı konulması ve akılcı ilaç kullanımı ilkelerinin uygulanabilmesi için hastalarına yeterli süreyi ayıramadığı görülmektedir. AİK ilkelerinin doğru ve etkili bir şekilde uygulanabilmesi için her hastaya yeterli sürenin ayrılabilmesi son derece önemlidir. Hastalara yeterli sürenin ayrılamaması giderek artan AOİK'nın en büyük nedenleri arasında başı çekmektedir.

Çalışmamızda araştırma görevlisi hekimlerin %22,9'u günlük başvuran hastaların %25 ve altına, %29,8'i %26-50'sine, %33,0'ü %51-75'ine reçete yazdığını belirtmiştir. Yazılan reçetelerdeki ortalama ilaç sayısı sorgulandığında hekimlerin %42,4'ü 2 kalem, %46,5'i 3 kalem, %6,9'u 4 kalem, %1,4'ü 5 ve üzeri olarak belirtmiştir. Peköz'ün (45) yaptığı çalışmada araştırma görevlilerinin %23,8'i günlük başvuran hastaların %21-%40'ına reçete yazdığını belirtirken, %37,1'i hastaların %41-%80'ine reçete yazdığını belirtmiştir. Aynı çalışmada hekimlerin %51,5'i yazdıkları reçetelerdeki ortalama ilaç sayısını 3 kalem olarak belirtirken, %9,4'ü 4 kalem olarak belirtmiştir. Akkurt'un (44) çalışmasında da hekimlerin %26,7'si günlük başvuran hastaların %21-40'ına; %40'ı hastaların %41-80'ine reçete yazdığını belirtmiştir. Yine aynı çalışmada hekimlerin %49,2'sinin reçetelerinde ortalama 3 kalem ilaç yer aldığı, %11,7'sinin ise ortalama 4 kalem ilaç yazdığı görülmüştür. Her iki çalışmada ve bizim çalışmamızda asistan hekimlerin reçete yazma sıklıkları ve reçetelerindeki ortalama ilaç sayıları benzer bulunmuştur. Orhaner ve Salgın (23) tarafından Bitlis ilinde hizmet veren aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin ortaya konması amacıyla yapılan çalışmada araştırmaya katılan aile hekimlerinin büyük çoğunluğu (%21,6'sı) tedavi amaçlı gelen hastaların %71-80'ine reçete yazdıkları, %13,5'inin hastaların %11-20 ve %51-60'ına reçete yazdıkları görülmüştür. Bu araştırmaya katılan aile hekimlerinin hastalara yazmış oldukları reçetelerde daha çok üç kalem ilaca yer verdikleri görülmüş olup, bu sayıyı %31,1'lik payla iki kalem; %8,1'lik payla dört kalem ve %1,4'lük payla ise beş ve daha fazla bir sayıya sahip ilaç kalemleri takip ettiği bulunmuştur.

Literatürde Arshad ve ark. (56) tarafından Pakistan'da yapılan bir araştırmada ortalama reçete başına üç veya daha fazla ilaç yazıldığı, özel sektörde ise bu sayının 4,5 olduğu bulunmuştur. Birçok çalışmada DSÖ'nün belirlediği reçete başına iki kalem ilaç limitinin hem ülkemizde hem dünyada giderek daha fazla aşıldığı açıkça belirtilmektedir. Bu da hekimlerin AOİK'nın en büyük etkenlerinden biri olan polifarmasiye daha fazla yöneldiklerini göstergesidir. Hastalara gereğinden fazla miktarda ilaç reçete edilmesi, hastanın gereksiz tedavi almasına, advers etkilere ve ilaçların etkinlikleri açısından istenmeyen sonuçlara neden olabilir. Aynı zamanda hastanın elinde fazla miktarda ilaç bulunması doz aşımı, ilaç bağımlılığı ve gereksinim olmadığı halde ilaca artan talep gibi psikososyal etkilerin ortaya çıkması, tedaviye uyumun azalması, tedavideki en önemli ilacın atlanması gibi istenmeyen etkiler doğurabilir (57).

Diğer taraftan, yetersiz ilaç reçete etmenin de tedavi başarısızlığı ve sonrasında daha agresif bir tedavi ihtiyacı gibi oldukça önemli sonuçları olabilir. Bu nedenlerle AİK ilkelerinin

uygulanmasına özen gösterilmeli ve hastaya gerektiğinde gerektiği kadar ilaç reçete edilmesine son derece dikkat edilmelidir.

Çalışmamıza katılan hekimlerin %35,5'i hastaları muayene edip, tanı koyduktan sonra, hastaya hastalığın adını, nedenlerini ve tedavinin gerekçelerini her zaman anlatmakta iken %52,5'i sıklıkla anlatmakta, %9,7'si bazen anlatmakta ve %2,3'ü ise nadiren hastaya anlattıklarını beyan etmişlerdir. Akkurt'un (44) çalışmasında hekimlerin %37,8'inin hastaya hastalığın adını, nedenlerini ve tedavinin gerekçelerini her zaman anlattığı, %43,9'unun sıklıkla anlattığı, %10,6'sının bazen anlattığı ve %7,8'inin ise nadiren anlattığı görülmüştür. Bu çalışmada nadiren cevabını verenlerin yüzdesinin bizim çalışmamızdan yüksek bulunması, bu çalışmanın aile hekimliği branşı dışındaki asistanlara yapılmış olmasından dolayı olabilir.

Literatüre bakıldığında Dakhale ve ark. (58) Hindistan'da yaptığı benzer çalışmada hastaya hastalığını, ilaçla tedavi gerekçelerini anlatma oranı %99,5 olarak bulunmuş olup bizim çalışmamızdan oldukça yüksektir. Ülkemizde ise Kiroğlu ve ark. (48) çalışmasında "hastaya hastalığını anlatır mısınız" sorusuna evet diyenlerin oranı % 91,4, hayır diyenlerin oranı % 1,6, bazen diyenler %7,0 olarak bulunurken, tedavi gerekçelerini hastalarına anlatanların oranı %83,6, hayır diyenler % 10,9 ve bazen diyenler ise %5,5 olarak bulunmuş ve yine hastaya anlatma oranları bizim çalışmamıza göre yüksektir. Bu da araştırmaların farklı hasta polulasyon ve yoğunluna sahip illerde ve coğrafyalarda yapılmış olmasından, hekimlerin sayısı ve iş yükü dağılımlarının eşit olmamasından kaynaklanabilir.

İlaçlarla ilgili eksiksiz bilgi vermek hem hekimin görevi hem de hastaların temel hakkıdır. Bilgi, mümkün olduğunca sade şekilde, tereddüt ve şüpheye yer verilmeden, hastanın sosyal ve kültürel düzeyine uygun olarak anlayabileceği şekilde verilir (59). Hastanın ilaçlarla ilgili olarak hekim tarafından her zaman doğru ve eksiksiz bilgilendirilmesi çok önemli bir konudur. Yapılan çalışmalarda hastaların yazılan ilaçtan çok bilgi ve güven verilmesine önem verdiği görülmüştür (60). Tedavi sürecine hastanın bilgilendirilmiş bir şekilde dahil edilmesi, kullanılacak ilaçlar hakkında gerektiği kadar bilgi verilmesi, hastanın hekime daha fazla güvenmesini sağlamaktadır. Aksi halde hastaların akılcı olmayan ilaç kullanımı ortaya çıkacaktır.

Bizim çalışmamızda asistan hekimlerin %0,5'inin hastalarına reçeteye yazdığı ilaçlar hakkında hiçbir zaman bilgi vermezken, %1,4'ünün nadiren, %8,7'si bazen, %58,7'si sıklıkla, %30,7'sinin her zaman bilgi verdiği görülmektedir. Saygılı ve Özer'in (3) yaptığı çalışmada hekimlerin %64,4'ü ilacın uygulama şeklini, %62,1'i tedavi süresini, %40,2'si ilacın ne zaman bırakılması gerektiğini, %5,5'i ilacın günlük dozunu hastalarına her zaman açıkladıklarını

bildirmişlerdir. İnce'nin (49) Konya'da yaptığı çalışmasında hekimlerin hastalara ilaçların nasıl kullanacağını %53,8'i genellikle açıkladığını ifade ederken, %2,5'i ise hastaya ilacı nasıl kullanacağını açıklamadığını tespit edilmiştir. Kiroğlu ve ark. (48) çalışmasında hastaya yazdığı ilaçlar hakkında bilgi veren hekim oranı % 83,6 olarak bulunmuştur. Akkurt (44) tarafından yapılan çalışmada doktorların %28,5'i reçeteye yazdığı ilaçlar hakkında hastalarına her zaman bilgi vermekte iken %3,9'u ise hastalarına nadiren bilgi verdiği görülmüştür.

Çalışmamıza katılan asistan hekimlerin %50,7'si hiçbir zaman hastalarını muayene etmeden reçete yazmazken, %35,0'ı nadiren, %12,4'ü bazen, %1,8'i sıklıkla yazdığını ifade etmiştir. Sıklıkla muayene etmeden reçete yazdığını belirten araştırma görevlilerinin tamamının dahili branşlarda görevli olması, bu durumun bu branşlardaki hastaların yoğunluğundan kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Akkurt'un (44) çalışmasında hekimlerin %3,9'u hastalarını sıklıkla muayene etmeden reçete yazmakta olduğunu, %19,4'ü bazen, %35,0'i nadiren reçete yazmakta olduğunu ve %41,7'si ise hiçbir zaman hastalarını muayene etmeden reçete yazmadıklarını ifade etmişlerdir. Kiroğlu ve ark. (48) çalışmasında doktorların %84,4'ü hastayı muayene ederek ilaç yazdığını belirtmiştir. Doğukan (61) tarafından yapılan çalışmada, hekimlerin %53,3'ünün hastaları muayene etmeden ilaç yazmadıkları görülmüştür. Özata ve ark. (15) yaptığı bir çalışmada hekimlerin %49,8'i hiçbir zaman hastayı muayene etmeden ilaç yazmazken, %46,3'ünün ise bazen yazdığı görülmüştür.

Çalışmamızda elde edilen bulgular ve literatürdeki diğer bulgulara bakıldığında, AİK'nın temel prensipleri arasında yer alan, hastayı muayene ettikten sonra gereklilik halinde ilaç yazılması konusunda nispeten iyi sonuçlar alınmış olmasına rağmen, hala bu konuda hekimlerin eğitim gereksinimi tartışılmaz niteliktedir.

Çalışmamızda hastalarının özel olarak istediği ilaçların reçete edilme durumuna baktığımızda asistanların %10,1'i hiçbir zaman reçete etmediğini, %37,2'si nadiren, %46,8'i bazen, %6,0'ı sıklıkla reçete ettiğini beyan etmiştir. Peköz'ün (45) çalışmasında araştırma görevlisi hekimlerin %7,9'u hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete ettiğini, %68,8'i bazen reçete ettiğini, %23,3'ü ise reçete etmediğini belirtmiştir. Yılmaz ve ark. (62) Düzce'de aile hekimlerine yönelik yaptığı benzer çalışmada, hekimlerin %62,3'ü sadece kronik hastalıkların ilaçlarını reçete ettiğini, %24,5'i ise hiçbir zaman muayene etmeden reçete yazmadığını ifade etmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada hekimlerin %24,5'i talep edilen ilaçların yazılmaması durumunda tartışma çıktığından dolayı reçete ettiklerini belirtmişlerdir. Bu da akılcı ilaç tüketimi konusunda hasta eğitiminin gerekliliğini ve önemini birkez daha ortaya koymaktadır.

Günümüzde sağlıkta şiddet ve sağlık çalışanlarına yapılan baskıların gün geçtikçe arttığını göz önünde bulunduracak olursak hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının yanı sıra, AİK hakkında hastalara yönelik farkındalık ve davranış değişikliği oluşturmak amacıyla çalışmalar da muhakkak yürütülmelidir.

Hastalar tarafından talep edilen ilaçların yazılması, çoğu zaman muayene etmeden ilaç yazılmasına sebebiyet vermektedir ve bu durum AOİK'nı da beraberinde getirmektedir. AOİK nedeniyle, ilaçla tedavi sonrasında morbidite ve mortalitede artış olması, maddi kaynakların gereksiz tüketilmesi, temel ilaçların dahi bulunamaması ve tedavi maliyetlerinin daha da artması, birçok ilaca direnç gelişmesi gibi pek çok sorunla karşılaşılabilir. Ayrıca ilaçların yan etkilerinin artması, ilaç etkileşimleri, hastanede yatış süresinin uzaması ve azalmış hasta uyumu da AOİK sonucunda ortaya çıkan diğer sorunlardır.

Akılcı ilaç kullanımının en temel kurallarından biri, tedavisi düzenlenirken ihtiyacı olan hastaya gereken ilaç(lar)ın güncel tanı tedavi kılavuzları doğrultusunda, kanıta dayalı tıp yaklaşımıyla reçete edilmesidir. Genel olarak tedavi düzenlenirken, özellikle de tedavinin bir bölümünü oluşturan ilaç tedavisi düzenlenirken, değişik tedavi seçenekleri arasından etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir olan tedavi veya ilaç seçimi AİK'in en belirleyici unsurları arasındadır (63,64). Çalışmamıza katılan araştırma görevlilerin %11,9'u "İlaç yazarken bilgi kaynaklarından yararlanıyor musunuz?" sorusuna hayır, %88,1'i evet cevabını vermiştir. İnce'nin (49) araştırmasına katılan hekimlerin %76,3'ü hastalarına ilaç yazarken çeşitli bilgi kaynaklarından yararlandığını %23,8'i hiçbir kaynaktan yararlanmadığını belirtmiştir. Çöplü ve ark. (65) çalışmasında hekimlere antimikrobiyal yazarken rehber kullanma durumları sorulduğunda, tüm klinisyenlerin %69,2'si hayır cevabı vermiştir.

Çalışmamızda katılımcıların yararlandıkları bilgi kaynakları en sık %84,9 internet, %60,9 meslektaş görüşü, %57,8 ilaç prospektüsleri şeklinde olduğu saptandı. Akkurt'un (44) Ankara'da 2016' yılında yaptığı çalışmada da hekimlerin ilaç yazarken kullandıkları kaynak olarak en başta internet (%76,7) ve vademecum (%67,8) olduğu bulunmuştur. Yılmaz ve ark. (62) çalışmasında en sık kullanılan bilgi kaynağı %71 ile internet; Pilgir'in (43) Samsun'da yaptığı çalışmasında da hekimler en sık interneti ve en az farmakoloji kitaplarını başvuru kaynağı olarak kullandıklarını ifade etmişlerdir. Saygılı ve Özer'in (3) Kırıkkale'de yaptığı araştırma sonucunda en sık başvuru bilgi kaynakları %82,1 ile Vademecum, %53,8 ile internet, %51,3 ile tanı ve tedavi rehberlerinin olduğu görülmüştür. Ergin ve ark. (46) 2013 yılında yaptığı çalışmada hekimlerin ilaçlarla ilgili bilgi almak için sırasıyla en sık; Vademecum (% 76.7), internet (% 74.8) ve Türkiye ilaç kılavuzu'nu (% 20.4) kullandıkları tespit edilmiştir. Günümüzde yaşamı kolaylaştıran internetin tercih edilen reçeteleme bilgi kaynakları arasında

olması olağandır, ancak hekimlerin ilaç seçerken kanıta dayalı tıp ilkeleri çerçevesinde hareket etmesi beklenirken, çalışmamızda ve yapılan benzer çalışmalarda internetin tercih edilen reçeteleme bilgi kaynakları arasında ilk sıralarda olması düşündürücüdür. Bu da tüm ülke çapında hekimlerin kapsamlı olarak kullanabilecekleri ve rahatlıkla erişebilecekleri, Sağlık Bakanlığı'nın Genel İlaç Politikalarıyla örtüşen, denetlenebilir ilaç bilgi veri tabanlarının oluşturulması ve kullanıma hazır hale getirilmesi gerekliliğini göstermektedir. Bu kapsamda sağlık merkezlerinde ve hastanelerde teknik donanım da önem verilmesi ve her branşa yönelik tedavi kılavuzlarının elektronik ortamda hazırlanması ve güncellenmesi, hekimler açısından büyük yarar sağlayacaktır.

Literatür incelendiğinde ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalarda hekimlerin ilaç seçiminde kullandıkları kaynakların sıralamasının da farklı olduğu görülmektedir. Doğukan (61) tarafından 2007 yılında Ankara'da yapılan çalışmada en sık kullanılan kaynak %86,7 ile Vademecum, %65,3 Tanı ve Tedavi Rehberleri, %48,0 meslektaş tecrübeleri olduğu görülmüştür. İnce'nin (49) çalışmasında hekimlerin ilaç yazarken başvurduğu kaynakların %32,6'sını Tanı Tedavi Rehberi, %30,7'sini Türkiye İlaç kılavuzu %24,3'ünü Vademecum oluşturduğu bulunmuştur. Kiroğlu ve ark. (48) çalışmasında doktorların reçetelerini oluştururken ilaçlar hakkında bilgi edinmek için kullanabilecekleri bilgi kaynakları içinde %80,5 oranla en çok vademecumu tercih ettiği, %63,3 ilaç prospektüslerini, %52,3 farmakoloji kitaplarını tercih ettiği gösterilmiştir. Orhaner (23) tarafından yapılan çalışmada hekimlerin ilk seçimi %60,8 Tanı ve Tedavi Rehberleri iken, %31,1 ilaç prospektüsleri, %28,4 Vademecum olduğu bulunmuştur. Dakhale ve ark. (58) 2016'da yaptığı çalışmada hekimlerin çoğunluğu (%92,5) şaşırtıcı şekilde ders kitaplarından yararlanırken, %70'i ilaç prospektüslerinden, %61,5'i internetten yararlandığı görülmüştür. Prosser ve ark. (66) İngiltere'de pratisyen hekimlerle yaptığı bir çalışmada ilaç yazarken kullanılan veri kaynakları %49 ile ilaç firmaları, %17 ile akademik ve mesleki yayınlar, %16 ile medya, ve %13 ile uzmanlar olduğunu belirlemişlerdir. Majahan ve ark. (67) 2010 yılında Hindistan'da yaptıkları bir çalışmada hekimlerin %83'ünün tıbbi mümessillerden ve %69'unun dergilerdeki derleme makaleler ve internetten yararlandıkları belirlenmiştir. Ülkemizde de bazı çalışmalarda ilaç bilgisinin büyük oranda ilaç firmaları tarafından karşılandığını saptanmıştır. Mollahaliloğlu'nun (68) çalışmasında da reçete yazımı ile ilgili bir sorunla karşılaşıldığında %99,2 ile ilaç rehberi en sık başvuru kaynağı olurken, ilaç firması dokümanlarının ikinci en sık başvuru kaynağı olduğu saptanmıştır. Akıcı ve ark. (69) yaptığı çalışmada en sık başvuru kaynaklarının sırasıyla %78,9 ile ilaç firmalarının tanıtımları ve %74,4 ile Tanı Tedavi Rehberleri olduğu tespit edilmiştir.

Ticari nitelik taşıyan ve reçete yazmayı yönlendirmesi beklenen ilaç firması tanıtım çalışmalarının hekimlerin önemli oranda başvuru kaynağı olması akılcı ilaç kullanımını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle çalışmamızda hekimlerin bilgi kaynağı olarak ilaç firmalarının etkisinde kalmadığını görmek nispeten yüz güldürücü bir sonuçtur. Ancak bilimsel yayınların ve meslektaş görüşlerinin de alt sıralarda yer alması irrasyonel ilaç kullanım davranışının boyutlarını ortaya koyduğu gibi, bunun yanı sıra hekimlerin objektif bilgiye erişimi açısından sürekli tıp eğitimi gereksiniminin karşılanmasında da önemli sorunların varlığına işaret etmektedir.

Birçok ülkede kanıta dayalı tıp uygulamaları çerçevesinde, tanı ve tedaviye yönelik rehberlerin hekimlerin başvuru kaynağı olduğu bilinmektedir. Tanı ve tedavi rehberleri, sağlık hizmetlerinde gereksiz harcamaları azaltması ve AİK'na temel oluşturması açısından önemlidir. Ülkemizde de ilk Ulusal Tanı ve Tedavi Rehberi 2003 yılında yayımlanmış ve belirli aralıklarla güncellenmiştir (4). Ulusal Tanı ve Tedavi Rehberi, ülkemizdeki hekimlerin ilaç seçiminde kanıta dayalı tıp uygulamaları çerçevesinde önemli bir kaynak görevi üstlenmektedir ve gereksinim durumunda ilk başvuru kaynaklarından biri olması beklenirken, çalışmamızda olduğu gibi birçok çalışmada da tercih edilmemiş olması bu konuda daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Çalışmaya katılan araştırma görevlisi hekimlemlere ilaç reçete ederken hastanın hangi anamnez bilgilerinden ne sıklıkta yararlandıklarını sorduğumuzda; %59,4'ü hastanın kullandığı başka ilaçların olup olmadığı, %53,5'i ilaç alerjisi, %56,7'si kronik hastalık, %53,9'u yaş, %27,6'sı karaciğer hastalığı, %34,6'sı börek hastalığı, %25,8'i cinsiyet, %39,2'si gebelik durumuyla ilgili anamnez bilgilerinden her zaman faydalandığını belirtmiştir. Saygılı ve Özer'in (3) çalışmasında hekimlerin %58,6'sı hastaların kullandığı başka ilaçlar olup olmadığı, %43,7'si ilaç alerjisi, %39,1'i karaciğer hastalığı, %41,4'ü böbrek hastalığı, %49,4'ü kronik hastalık, %54'ü gebelik durumu, %62,1'i yaş ve %28,7'si cinsiyet durumlarıyla ilgili anamnez bilgilerinden her zaman faydalandığını belirtmiştir. Yılmaz ve ark. (62) Düzce'de aile hekimlerine yönelik yaptığı çalışmada hekimlerin %60,4 kullandığı başka ilaç(ları), %58,5'i ilaç alerjisi, %55,7'si kronik hastalık, %66,0'ı yaş, %30,2'si karaciğer hastalığı, %30,2'si börek hastalığı, %68,9'u gebelik, %37,7'si cinsiyeti her zaman dikkate aldığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda hekimlerin gebelik durumunu diğer çalışmalara göre daha az sıklıkla sorguladığı görülmektedir. Hastaların yaşı, cinsiyeti, vücut ölçüleri ve sosyokültürel özelliklerinin hepsinin tedavi seçeneklerini etkileyebileceği bilinmekle birlikte, özellikle gebelik durumu tedavi yöntemini yüzde yüz etkileyebileceğinden ve tamamen değiştirebileceğinden her zaman ihmal

edilmeden sorulması gereken bir durumdur. İlaç alerjisi olanlar, kronik bir hastalığı bulunanlar, gebeler, yaşlılar ve çocuklar ilaç seçimi yapılırken en çok dikkat edilmesi gereken riskli gruplardır. AİK ilkelerini uygulamada, hastanın kişisel özelliklerine ve klinik durumuna göre ilaç seçimi yapmak en önemli basamaklardan biridir.

Çalışmamızda aistanların ilaç seçerken dikkate aldığı kriterlere baktığımızda; en sık dikkate alınan kriterler %88,1 ile etkinlik ve %82,6 ile güvenlik olduğu, en az dikkate alınan kriter ise %44,5 ile maliyet olduğu saptandı. Ergin ve ark. (46) tarafından 2013 yılında yapılan benzer çalışmada araştırma görevlisi hekimlerin en sık dikkate aldığı kriterler sırasıyla %94,2 ile etkinlik, %77,7 ile güvenlik, % 71,8 ile uygunluk, % 50,5 ile maliyet olduğu görülmüş. Vançelik ve ark. (50) 2006 yılında pratisyen hekimler ile yapılan çalışmasında da hekimlerin reçete yazarken kullandıkları en önemli kriter olarak ilk sırada ilaç etkinliği (%66,4) ve ilaç güvenliğinin (%51,3) yer aldığı tespit edilmiştir. Çalışmamız bu çalışmadan uzun yıllar sonra yapılmış olmasına rağmen hekimlerin AİK'nın en önemli kriterleri olarak etkinlik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyeti birlikte göz önüne alması gerekirken, maliyetin önemli kriter olarak algılanmaması, mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerin ve AİK konusunda güncel bilgi kazandırılmasına yönelik çalışmaların yeterli olmadığını düşündürmektedir. Hekimlerin ilaç maliyetlerini daha fazla dikkate almalarını sağlayacak çalışmalar yapılmalıdır.

Advers etki bildirimi, AİK'da ilaçların yan etkilerinin takibi ve gerekli önlemlerin alınması açısından son derece önemlidir. Çalışmamıza katılan araştırma görevlisi hekimlerin %50,5'i hiçbir zaman sağlık mesleği mensubu olarak tıbbi bir ürünün kullanımına bağlı olabileceği düşünülen beklenmeyen advers etki bildiriminde bulunmadığını ifade etmiştir. Bildirim yapanların 85,2'si ise şimdiye kadar yalnız 1-2 bildirim yapmıştır. Her zaman advers etki bildiriminde bulunan hekim oranının sadece %3,3 olması dikkat çekicidir. Literatürde benzer çalışmalara baktığımızda; Peköz'ün (45) çalışmasında da araştırma görevlisi hekimlerin %83,2'si beklenmeyen advers etki bildiriminde bulunmadığını beyan etmiştir. Saygılı ve Özer'in (3) çalışmasında hekimlerin %64,4'ü ilaçlarla ilgili advers etki bildirimi yapmadıkları görülmüştür. Bildirim yapanların ise %71'i ise çalışmamızla benzer şekilde 1-2 defa bildirim yaptıklarını belirtmişlerdir. Bu durum, yan etki bildirimi konusunda hekimlerin bilgi sahibi olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Bildirim eksikliğinin nedenlerinin tespit edilmesi ve bu nedenlere yönelik yapılacak farkındalık eğitimlerinin, bildirimleri artırabileceği düşünülmektedir. AİK'te advers etki bildirimi, ilaçların yan etkilerinin takip edilmesi ve gerekli önlemlerin alınması açısından son derece önemlidir. Ülkemizde ilaç kullanımı sırasında meydana gelen advers etki bildirimi TÜFAM'a yapılabilmektedir. Sağlık Bakanlığı, internet

sitesi üzerinden ilaç advers etkilerinin bildirildiği bir link oluşturmuştur ve buna ek olarak ücretsiz “ilaç yan etki hattı” açılmıştır. Gelişmiş ülkelerde ilaç yan etkileri ile ilgili milyon nüfus başına 250 bildirim yapılırken, Türkiye’de sağlık çalışanları toplam yılda 2100 bildirim yapmıştır ve bildirim oranı oldukça düşük kalmıştır (62).

Çalışmamıza katılan araştırma görevlilerinin %72,4’ü daha önce akılcı ilaç eğitimi almadığını belirtmiştir. Eğitim alanların da sadece %20,0’ı edinilen bilgileri her zaman kullanabildiğini ifade etmiştir. Bunun nedeni çalışmanın üniversite hastanesinde yapılması ve hasta yoğunluğu nedeniyle tedavi seçimine gerekli vaktin ayrılamaması olabilir. Çalışmamıza benzer şekilde Ergin ve ark. (46) çalışmasında da asistan hekimlerin %63,8’inin daha önce akılcı ilaç eğitimi almadığı görülmüştür. Yine Saygılı ve Özer’in (3) çalışmasında da hekimlerin %58,6’sının akılcı ilaç eğitimi almadığını belirtmiştir. Bizim çalışmamızda ve literatürdeki benzer çalışmalarda, eğitim alan hekimlerin büyük bir kısmı akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bu eğitimi, mezuniyet öncesi dönemde tıp fakültelerinde aldıklarını bildirmişlerdir. Son yıllarda tıp fakültelerinde AİK konusunda verilen eğitimlerin yaygınlaştırılmasına rağmen halen yeterli seviyede olmadığı düşünülmektedir. Alınan eğitim üzerinden uzun zaman geçtiği ya da hekimlerin bu konuda hiç eğitim almadıkları da göz önünde bulundurulursa, akılcı ilaç kullanım ilkelerinin yaygınlaştırılması için hem kurumsal hem de Sağlık Bakanlığı düzeyinde bu eğitim ihtiyacının giderilmesi konusunda mezuniyet sonrası daha fazla çalışmalara gereksinim olduğu söylenebilir. Çalışmamızda eğitim alan asistanlardan sadece %37,3’ü kendilerini AİK konusunda yeterli ve %6,8’i çok yeterli olarak tanımlaması da uzmanlık eğitimi esnasında da tekrarlanan AİK eğitimi gerekliliğini destekler nitelikte bir bulgudur.

Çalışmamızda asistan hekimlerin %55,5’i Sağlık bakanlığının akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalarından haberdar olmadığını belirtmiştir. Literatür incelendiğinde Doğukan’ın (61) çalışmasında hekimlerin %65,7’si Sağlık Bakanlığı’na yürütülen akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalardan haberdar olduklarını belirtmişlerdir. İnce’nin (49) Konya’da yaptığı çalışmada hekimlerin büyük çoğunluğunun (%90,6) bu çalışmalardan haberdar olduğu saptanmıştır. Literatürdeki benzer çalışmalarda hekimlerin SB akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalarından haberdar olma durumu oranları bizim çalışmamızda bulunan orandan oldukça yüksek bulunması, kurumumuzda bu konuda daha fazla tanıtım ve bilgilendirme yapılması gerekliliğini gözler önüne sermektedir.

Daha önce eğitim almış olan ve olmayan tüm araştırma görevlisi hekimlerin %85,7’si akılcı ilaç eğitimi almak istediğini beyan etmiştir. Eğitim almak isteyen asistan hekimlerin %85,3’ü bu eğitimin Sağlık Bakanlığı tarafından verilmesini isterken, sadece % 7,9’u ilaç

firmaları tarafından verilmesini istemektedir. Literatürde benzer çalışmalar incelendiğinde, İnce'nin (49) çalışmasında da benzer şekilde eğitim almak isteyenlerin büyük çoğunluğu (%46,4) SB tarafından ,% 34,7'si Tabip Odası tarafından bu eğitimin verilmesi gerektiğini belirtmiştir. Doğukan (61) tarafından yapılan çalışmada katılan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim verecek kuruluş tercihi dağılımına bakıldığında, en sık olarak (%66,7) SB'nin tercih edildiği gözlemlenmiştir.



SONUÇLAR

Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde çalışan araştırma görevlilerinin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını araştırmak amacıyla yaptığımız ve 218 hekimin dahil edildiği çalışmanın sonuçları şu şekildedir:

- Araştırmaya katılan hekimlerin %51,8'i kadın, %48,2'si erkektir.
- Katılımcıların %75'i 26-30 yaş aralığındadır.
- Araştırmaya katılan asistan hekimlerin %81,7'si (n=178) dahili branşlarda görevliyken, %18,3'ü (n=40) cerrahhi branşlarda görev yapmaktadır.
- İlk 2 yıl asistanları daha az sayıda hasta bakarken asistanlık yılı arttıkça günlük bakılan ortalama hasta sayısı da artış göstermektedir.
- Günlük bakılan hasta sayısı arttıkça, hastanın tedavisini düzenlemek için daha az süre ayrıldığı görülmektedir. Tüm branşlarda görevli asistanların %48'i hastaya tedavisini düzenlemek için 5-10 dakika ayırırken, cerrahi branşlarda görevli olanların büyük çoğunluğu 5 dakikanın altında bir süre ayırmaktadır . Bu da DSÖ'nün önerdiği hastaya ayrılması gereken ideal sürenin oldukça altındadır.
- Araştırma görevlisi hekimlerin reçetelerinde ortalama 3 kalem ilaç yer aldığı görülmektedir. Bu da hekimlerin AOİK'nın en büyük etkenlerinden biri olan polifarmasiye daha fazla yöneldiklerinin göstergesidir.
- Hekimlerin büyük çoğunluğu (%72,4) daha önce akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almamıştır. %85,7'si ise AİK eğitimi almak istediğini belirtmiştir. Daha önceden eğitim almış olmayanlarla birlikte eğitim alanların da önemli bir kısmı tekrar AİK eğitimi almak istemektedir. Eğitimin Sağlık Bakanlığı'nca verilmesini isteyen hekimler çoğunluktadır.

- Tüm branş asistanlarının toplamının yaklaşık yarısı muayene etmeden hiçbir zaman hastalarına reçete yazmazken, bu toplamın içindeki cerrahi branş asistanlarının büyük çoğunluğunun (%74,4) hiçbir zaman yazmaması AİK ilkelerinin uygulanması açısından önemli bulunmuştur.
- Reçeteye yazılan ilaçlar hakkında hastaya bilgi verme konusunda hem dahili hem de cerrahi branş asistanlarının benzer davranışlar sergilediği görülmüştür.
- İlaç reçete ederken araştırma görevlilerinin en sık bilgi kaynağı olarak internet ve meslektaş görüşünü kullandıkları tespit edilmiştir.
- Katılımcıların yarısından fazlasının daha önce hiç advers etki bildirimi yapmadığı; yapanların da en fazla 1-2 bildirim yaptığı görülmüştür. Bildirim eksikliğinin nedenlerinin tespit edilmesi ve bu nedenlere yönelik yapılacak farkındalık eğitimlerinin, bildirimlerin arttırılması için atılması gereken adımların başında sayılabilir.
- İlaç seçerken AİK ilkelerinin uygulanmasında 4 ana kriterden biri olan maliyetin en az dikkate alınması çalışmanın önemli sonuçlarından. Maliyetin önemli kriter olarak algılanmaması, mezuniyet sonrası hizmet içi eğitimlerin ve AİK konusunda güncel bilgi kazandırılmasına yönelik çalışmaların yeterli olmadığını düşündürmektedir. Hekimlerin ilaç maliyetlerini daha fazla dikkate almalarını sağlayacak çalışmalara gereksinim vardır.

Sonuç olarak üçüncü basamakta çalışmakta olan araştırma görevlisi doktorların AİK ilkeleri konusundaki bilgi ve tutumlarının bazı basamaklarda istenen düzeyde olmadığı görülmektedir. Tıpta bilgi akışı çok hızlı gerçekleşmektedir ve ilaç piyasasındaki gelişmeler de dikkate alınırsa bunların tamamına hakim olup bir yandan da olabildiğince çok hasta bakmak neredeyse imkansız gibidir. Ayrıca bu doktorların iş yüklerinin fazlalığı göz önüne alınırsa AİK konusundaki eksikliklerin mezuniyet sonrası sık tekrarlanan eğitimlerle tamamlanması gerekliliği açıkça görülmektedir.

ÖZET

Araştırmamızın amacı Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi tutum ve davranışlarını belirlemektir.

Çalışmamıza Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde klinik branşlarda çalışan araştırma görevlisi hekimlerin dahil edilmesi hedeflendi. Toplam 218 kişi çalışmaya katılmayı kabul etti. Veriler toplamda 37 adet sorudan oluşan, araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket yardımı ile toplandı.

Katılımcıların %51,8'i (n=113) kadın, %48,2'si erkek idi. Katılımcıların %60,1'inin (n=131) bekar, %39,9'unun (n=87) ise evli olduğu görüldü. Araştırmaya katılan asistan hekimlerin %81,7'si (n=178) dahili branşlarda görevliyken, %18,3'ü (n=40) cerrahi branşlarda görev yapmaktaydı.

Katılımcıların %83,5'inin geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşlarında çalışmış olduğu görüldü. Hekimlerin %57,3'ü günlük ortalama 30 ve altında hasta baktığını belirtmiştir. Katılımcıların %6,9'u hastalarının tedavisini düzenlemek için 20 dakikadan fazla zaman ayırdığını belirtmiştir. Katılımcıların %46,5'i reçetelerinde ortalama 3 kalem ilaç yer aldığını belirtmiştir. Katılımcıların %33,5'i hastalarına hastalığının adını ve tedavi gerekçelerini her zaman anlattığını belirtmiştir. Katılımcıların %50,7'si hastalarını muayene etmeden hiçbir zaman reçete yazmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %88,9'u reçete yazarken internetten faydalandığını belirtmiştir. Katılımcıların ilaç seçerken en çok dikkate aldığı kriter %88,1 ile etkinlik, en az dikkate aldığı ise %44,5 ile maliyet olduğu görüldü.

Hekimlerin %72,4'ü daha önce akılcı ilaç eğitimi almadığını; eğitim alanların %6,8'i akılcı ilaç bilgi düzeyinin çok yeterli olduğunu belirtmiştir. %50,5'si hiçbir zaman yan etki

bildiriminde bulunmadığını belirtmiştir. Hekimlerin %67,0'ı akılcı ilaç farkındalığı oluşturmak için asistanlık süresince tekrarlanan eğitimleri tercih etmiştir.

Çalışmamızda elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, üçüncü basamakta çalışmakta olan araştırma görevlisi doktorların AİK ilkeleri konusundaki bilgi ve tutumlarının bazı basamaklarda istenen düzeyde olmadığı görülmektedir. Tıpta bilgi akışı çok hızlı gerçekleşmektedir ve ilaç piyasasındaki gelişmeler de dikkate alınırsa bunların tamamına hakim olabilmek ve hafızada yer vermek oldukça güç bir süreçtir. Ayrıca da araştırma görevlisi hekimlerin iş yüklerinin fazlalığı göz önüne alınırsa AİK konusundaki eksikliklerin mezuniyet sonrası sık tekrarlanan eğitimlerle tamamlanması gerekliliği açıkça görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Araştırma görevlisi, akılcı ilaç kullanımı, bildirim, eğitim

THE KNOWLEDGE, ATTITUDE AND BEHAVIORS ABOUT RATIONAL DRUG USE OF VOCATIONAL TRAINERS WORKING AT TRAKYA UNIVERSITY HEALTH CENTER FOR MEDICAL RESEARCH AND PRACTICE (HOSPITAL)

SUMMARY

The aim of our study is to determine the knowledge, attitudes and behaviors about rational use of drugs of vocational trainers working at Trakya University Health Center for Medical Research and Practice Hospital.

In our study, it was aimed to include all vocational trainers, working in clinical branches at Trakya University Health Center for Medical Research and Practice Hospital. A total of 218 people agreed to participate in the study. The data were collected with the help of a questionnaire consisting of 37 questions and prepared by the researchers.

51.8% (n = 113) of the participants were female and 48.2% were male. 60.1% (n=131) of the participants were single and 39.9% (n=87) were married. While 81.7% (n=178) of the research assistant, participated in the study, were employed in internal branches, 18.3% (n=40) were employed in surgical branches.

It was seen that 83.5% of the participants had worked in other health institutions in the past years. 57.3% of the physicians stated that they are visited by 30 patients per day on average. 6.9% of the participants stated that they allotted more than 20 minutes to organize their patient's treatment. 46.5% of the participants stated that they prescribe three drugs per prescription. 33.5% of the participants stated that they are always providing information about the name of

the disease and the reasons for treatment to the patients. 50.7% of the participants stated that they have never wrote prescriptions without examining their patients. 88.9% of the participants stated that they were using internet while prescribing. The most common criterion that the participants took into consideration when choosing a drug, were effectiveness with 88.1% and cost with 44.5%.

72.4% of physicians stated that they have never had rational drug use education before; 6.8% of the physicians, whom have had education before, stated that their level of rational drug knowledge is very sufficient. 50.5% stated that they have never reported side effects. 67.0% of physicians preferred repeated training during assistantship to create rational drug awareness.

When the findings obtained in our study are evaluated, it is seen that the knowledge and attitudes of the vocational trainers, working in the third level on the principles of rational use of drugs, are not at the desired level in some cases. The increasing knowledge of medicine and disease and taking into account the developments in the pharmaceutical market is a difficult process to master all of these and to include in memory. In addition, considering the excess workload of research assistants, it is clear that deficiencies in rational use of drugs should be completed with frequently repeated training after graduation.

Key words: Vocational trainers, rational use of drugs, report, education

KAYNAKLAR

1. Barutçu İA, Tengilimoğlu D, Naldöken Ü. Vatandaşların akılcı ilaç kullanımı, bilgi ve tutum değerlendirmesi: Ankara ili metropol ilçeler örneği. Gazi Uni IIBF Derg 2017;19(3):1062.
2. Pınar N. Ülkemizde ilaç harcamaları. Journal of Inonu University Medical Faculty 2012;19(1):59-65.
3. Saygılı M, Özer Ö. Hekimlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg 2015;18(1):35-46.
4. Neden Akılcı İlaç Kullanımı. Akılcı İlaç Kullanımı. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Sağlık Bakanlığı [İnternet]. [Erişim Tarihi:10.04.2018]
5. Sevensan F, Boztaş G, Temel F, Akbay M, Üner S. Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin aile hekimliği mevzuatında yer alan bazı konuları benimseme durumu. Erciyes Med J 2010; 32(2):103-10.
6. Öztekin Z. Temel sağlık hizmetleri kavramı. Temel sağlık hizmetleri. 2.Baskı. Ankara: Hacettepe Halk Sağlık Vakfı Yayını; 1992:13-8.
7. Kurt AÖ, Şaşmaz T. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi: 1961–2003. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi. 2012;2(1):21-30.
8. Ketin HS, Ersoy Ö, Işık O, Çelik M, Sucaklı MH, Tiyeikli L. Birinci Basamakta çalışan hekimlerinin aile hekimliği uzmanlık sürecine bakışları. Cukurova Med J 2014;39(2):298-304.
9. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Aile hekimliği: çağdaş bir sağlık hizmeti sunma biçimi. GeroFam. 2010;1(1):15-28.
10. Akıcı A, Uzuner A. Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlere yönelik akılcı ilaç kullanımı. Akıcı A (Ed). Ankara:SGK Yayın No:112; 2013;1:26-93.

11. Uzuner A. Aile hekimliği uygulamalarında akılcı ilaç kullanımı. Türkiye Klinikleri J Pharmacology Special Topics. 2015;3(1):45-9.
12. Kayaalp SO. Farmakolojiye giriş. Kayaalp SO (Ed). Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji. 10. Baskı. Ankara: Hacettepe-Taş Kitabevi 2002:11-9.Şti Ankara. 2002.
13. Jain S, Upadhyaya P, Goyal J, Kumar A, Jain P, Seth V, et al. A systematic review of prescription pattern monitoring studies and their effectiveness in promoting rational use of medicines. Perspect Clinl Res 2015;6 (2):86.
14. Sağır M, Parlakpınar H. Akılcı ilaç kullanımı. İnönü Sağ Bil Derg 2014;3(2):32-5.
15. Özata M, Aslan Ş, Mustafa M. Rasyonel ilaç kullanımının hasta güvenliğine etkileri: Hekimlerin ilaç kullanımına etki eden faktörlerin belirlenmesi. Selçuk Üni Sos Bil Enst Derg 2008(20):529-42.
16. Kalyoncu Nİ, Yarış E. Akılcı ilaç kullanımında hekim sorumluluğu. Toplum ve Hekim. 2004;19(5):359-63.
17. Ofori-Asenso R, Agyeman A. Irrational use of medicines—a summary of key concepts. Pharmacy. 2016;4(4):35.
18. Ergün Y, Aykan DA. Akılcı ilaç kullanımında genel ilkeler. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi.28(1):19-27.
19. Korkmaz CB, Özel AF. Sağlık tüketicilerinin akılcı ilaç kullanımı tutumlarının değerdendirilmesi. Sağlık Yönetimi Derg 2018;2(1):78-107.
20. Maxwell S. Rational prescribing: the principles of drug selection. Clinical medicine. 2009;9(5):481-5.
21. Şantaş F, Dmirgil B. Akılcı ilaç kullanımına ilişkin bir araştırma. İşletme Bilimi Derg 2017;5(1):35-48.
22. Aydın B, Gelal A. Akılcı ilaç kullanımı: yaygınlaştırılması ve tıp eğitiminin rolü. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg 2012;26(1):57-63.
23. Orhaner E, Salgın E. Akılcı ilaç kullanımında aile hekiminin rolü: Bitlis ilinde bir uygulama. USAYSAD 2018;4(3):212-26.
24. Altındış S. Akılcı ilaç kullanımına sistematik bir bakış. BSHR 2017;1(2):34-8.
25. Kaya Ç, Akıcı A. Birinci basamakta yaşlılarda ilaç kullanımı ilkeleri. Çifçili S. (Ed). Aile hekimleri için yaşlı sağlığına bütüncül yaklaşım. İstanbul: Deomed Yayıncılık; 2011:115-25.
26. Yağar F, Soysal A. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili hastane uygulamalarının değerdendirilmesi: Asistan hekimler örneği. IJMEB 2018;14(1):81-96.

27. Akıcı A, Kalaça S. Topluma yönelik akılcı ilaç kullanımı. Akıcı A (Ed). Ankara: SGK Yayın No:93; 2013:40-55.
28. Akıcı A, Gelal A, Erenmemişoğlu A, Melli M, Babaoğlu M, Oktay Ş. Akılcı ilaç kullanımı eğitimi uygulama sürecinde Türkiye'deki yıp fakültelerinde farmakoloji anabilim dallarının durumunun incelenmesi. Tıp Eğitimi Dünyası 2011;29(29):11-20.
29. Aksoy M, Alkan A, İşli F. Sağlık Bakanlığı'nın akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırma faaliyetleri. Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics 2015;3(1):19-26.
30. Organization WH. Promoting rational use of medicines: core components. Geneva: World Health Organization, 2002 (Erişim Tarihi: 22.04.2019) <http://archives.who.int/tbs/rational/h3011e.pdf>
31. Kshirsagar NA. Rational use of medicines: cost consideration & way forward. Indian J Med Res 2016;144(4):502.
32. Mao W, Vu H, Xie Z, Chen W, Tang S. Systematic review on irrational use of medicines in China and Vietnam. PloS one. 2015;10(3):e0117710.
33. Nayir T, Okyay RA, Yeşilyurt H, Akbaba M, Nazlıcan E, Acık Y, et al. Assessment of rational use of drugs and self-medication in Turkey: a pilot study from Elazığ and its suburbs. Pakistan Journal of Pharmaceutical Sciences. 2016;29(4 Suppl):1429-35.
34. Akıcı A, Uğurlu M, Gönüllü N, Oktay Ş, Kalaça S. Pratisyen hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. STED 2002;11(7):253-7.
35. Ulupınar S, Akıcı A. Hemşirelik uygulamalarında akılcı ilaç kullanımı. Türkiye Klinikleri J Pharmacol-Special Topics 2015;3(1):84-93.
36. Krähenbühl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krähenbühl S. Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature. ISoP 2007;30(5):379-407.
37. Moore TJ, Cohen MR, Furberg CD. Serious adverse drug events reported to the food and drug administration, 1998-2005. Arch Intern Med 2007;167(16):1752-9.
38. Akıcı A. Ulusal ilaç güvenliliği izlemi sistemi ve aile hekimlerinin rolü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2009;13(2):61-3.
39. Ünal A, Bilginer E. Türkiye ilaç harcamaları üzerine bir değerlendirme. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Muğla, Türkiye. 2018:1-7.
40. Akar S. Türkiye'de reçete başına ortalama maliyet serisinin zaman serisi modelleriyle öngörüsü ve öngörü performanslarının karşılaştırılması. SGD 4(2):176-92.
41. Pınar N. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg 8(29):34-40.

42. Sayım F. Türkiye’de sağlık ekonomisi istatistikleri ve sağlık harcamalarının gelişimi. Yalova Sosy Bil Derg 2017;7(15):13-30.
43. Pilgir Ö. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi’ndeki Araştırma Görevlileri ve Dönem 6 Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi Düzeyleri (Tez). Samsun: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017.
44. Akkurt B. Araştırma Görevlilerinin (Branş) Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları (Tez). Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016.
45. Peköz Ö. Araştırma Görevlilerinin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutum ve davranışları (tez). İzmir: Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
46. Ergin A, Büyükakın B, Kortunay S, Bozkurt Aİ. Pamukkale Üniversitesi Hastanesi dahili tıp bilimlerinde çalışan araştırma görevlilerinin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve tutumları. TED 13(40):29-38.
47. Kubat H. Hekimlerin akılcı ilaç kullanımı ve farmakovijilansa yönelik bilgi ve tutumları. Cukurova Med J 2018;43(2):286-94.
48. Kiroğlu O, Berktaş F, Şahan E, Karataş Y. Araştırma görevlilerinin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve farkındalıkları. Cukurova Medical Journal. 2018;43(1):164-71.
49. İnce K. Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi, Karar, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi; Konya Örneği [Yüksek Lisans Tezi]. Konya2018.
50. Vançelik S. Yazımı PHR, Pratisyen hekimlerin reçete yazımını şekillendiren faktörler ve akılcı ilaç kullanım kriterlerini önemseme durumları
51. Nacar E, Mete B, Tekin Ç, Pehlivan E, Bektaş D. Attitudes towards the practice of rational drug use by practitioners and factors influencing drug writing. TJFMPC 12(3):178-85.
52. Öztürk İ, Avcı İY, Coşkun Ö, Gül HC, Eyigün CP. Birinci basamak sağlık kuruluşunda görev yapan hekimlerin sık görülen toplum kaynaklı enfeksiyonlardaki antibiyotik seçimleri ve bunu etkileyen faktörler. Fırat Tıp Derg 13(4):255-60.
53. Yardım MS, Eser E. Ayaktan tanı ve tedavi başvurularında hasta başına kaç dakika ayrılmalıdır? Turk J Public Health 2017;15(1):58.
54. Konrad TR, Link CL, Shackelton RJ, Marceau LD, von Dem Knesebeck O, Siegrist J, et al. It’s about time: physicians’ perceptions of time constraints in primary care medical practice in three national healthcare systems. Medical care 2010;48(2):95.
55. Ishikawa H, Hashimoto H, Roter DL, Yamazaki Y, Takayama T, Yano E. Patient contribution to the medical dialogue and perceived patient-centeredness: an observational study in Japanese geriatric consultations. JGIM 2005;20(10):906-10.

56. Arshad S, Mahmood S, Rasool S, Hayat S, Zafar S, Zehra T. Rational drug use in Pakistan: A systematic review. *J Pharm Pract Community Med* 2016;2(4):116-22.
57. Sürmelioglu N, Kiroglu O, Erdoğdu T, Karataş Y. Akılcı olmayan ilaç kullanımını önlemeye yönelik tedbirler. *Arşiv Kaynak Tarama Derg* 2015;24(4):452-62.
58. Dakhale G, Pimpalkhute S, Bajait C, Raghute L. Evaluation of knowledge, attitude and practice of rational use of medicine among interns and resident doctors in a tertiary care teaching hospital. *J Young Pharm* 2016;8(2):114.
59. Fırat A. Türkiye sağlık işletmelerinde hasta hakları ve sorumlulukları. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Derg* 2017(2):157-73.
60. Vervloet M, Meulepas MA, Cals JW, Eimers M, Van Der Hoek LS, Van Dijk L. Reducing antibiotic prescriptions for respiratory tract infections in family practice: results of a cluster randomized controlled trial evaluating a multifaceted peer-group-based intervention. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine* 2016;26:15083.
61. Doğukan M. Ankara İli Keçiören Sağlık Grup Başkanlığına bağlı birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi (Tez). Ankara, Gazi Üniversitesi; 2008.
62. Kınalıkaya A, Yılmaz A, Arslan E, Turunç F, Yılmaz M, Özyörük M, et al. Akılcı ilaç kullanımı: Düzce’de aile hekimlerinin bilgi ve davranışları. *Türk Aile Hek Derg* 2018;22(1):20-7.
63. Laing R, Hogerzeil H, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. *HEAPOL* 2001;16(1):13-20.
64. De De Vries T, Henning R, Hogerzeil HV, Fresle D, Policy M. Organization WH. Guide to good prescribing: a practical manual. Geneva: World Health Organization, 1994 (Erişim Tarihi: 22.05.2019)
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/59001/WHO_DAP_94.11.pdf
65. Çöplü N, İlhan MN, Ciliv EF, Şenlik ZB, Ertek M. Aile hekimleri ve uzmanlar arasında antimikrobiyallerin akılcı reçetelendirilmesi: tutum ve talepler. *Türk Hij Den Biyol Derg* 2014;71(1):19-26.
66. Prosser H, Almond S, Walley T. Influences on GPs’ decision to prescribe new drugs—the importance of who says what. *Family practice* 2003;20(1):61-8.
67. Mahajan R, Singh NR, Singh J, Dixit A, Jain A, Gupta A. Current scenario of attitude and knowledge of physicians about rational prescription: A novel cross-sectional study. *J Pharm Bioal Sci* 2010;2(2):132.
68. Mollahaliloğlu S. Ankara il Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarında Yazılan Reçetelerin Değerlendirilmesi (Tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2000.

69. Akici A, Aydin V, Mollahaliloglu S, Ozgulcu S, Alkan A. Evaluation of the attitudes of specialist and family physicians regarding rational drug selection. North Clin Istanbul 2018;5(3):199-206.



EKLER



Ek-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TUTF-BAEK 2018/262	
	PROTOKOL ADI	Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinin Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları	
	SORUMLU ARAŞTIRICI UNVANI / ADI	Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 13/07	Tarih: 07.08.2018	
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ayşe ÇAYLAN'ın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Mehriban ÖZKAN'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödenilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.		
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TUTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E (H)	E H	
Doç. Dr. Rugül KOSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	Mazaretli
Dr. Öğr. Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F. Tıbbi Farmakoloji A.D.	K	E H	E H	Mazaretli
Dr. Öğr. Üyesi F. Nesrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. Biyoistatistik A.D.	K	E (H)	E (H)	İzinli
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	E H	Mazaretli
Prof. Dr. Hasan ÜMIT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	E H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E (H)	E H	
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	İzinli
Prof. Dr. Muzaffer ESKİOCAK Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	Mazaretli
Prof. Dr. Niyazi Cenk SAYIN Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E (H)	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	Mazaretli
Avukat Özden İPÇİ Üye		T.Ü. Rektörlüğü	E	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Ahmet TEZEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

Ek-2

Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinin Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları

TC. TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARŞ. GÖR. DR. MEHRİBAN ÖZKAN

DANIŞMAN: PROF. DR. AYŞE ÇAYLAN

TIPTA UZMANLIK TEZİ ANKET ÇALIŞMASI

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak “Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlilerinin Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Bilgi Tutum ve Davranışları” isimli, hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı herhangi bir ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

1-Cinsiyetiniz:

- 1) Kadın 2) Erkek

2-Yaşınız:

- 1) 20-25 2) 26-30 3) 31-35 4) 36 ve üzeri

3-Medeni durumunuz:

- 1) Bekar 2) Evli 3) Dul 4) Boşanmış

4-Hangi tıp fakültesinden mezun oldunuz?

.....

5-Mezuniyet sonrası geçen süreniz?

- 1) 0-5 yıl 2) 6-10 yıl 3) 11-15 yıl 4) 16 yıl ve üzeri

6-Asistanlıkta kaçınıcı yılınız?

- 1) 0-1 yıl 2) 1-2 yıl 3) 2-3 yıl 4) 3-4 yıl 5) 5 yıl ve üzeri

7-Geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşunda çalıştınız mı?

- 0) Hayır 1) Evet

8-Kaç yıldır aktif doktor olarak çalışıyorsunuz?

- 1) 3 yıl ve altı 2) 4-6 yıl 3) 7-9 yıl 4) 10 yıl ve üzeri

9-Branşınız?

10-Günlük ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?

- 1) 30 ve altı 2) 31-59 3) 60-89 4) 90 ve üzeri

11-Hastanızı muayene edip, tanı koyduktan sonra tedavisini düzenlemek için ortalama ne kadarlık bir süre ayırıyorsunuz?

- 1) 5 dk ve altı 2) 6-10dk 3) 11-15dk 4) 16-20 dk 5) 21dk ve üzeri

12-Günlük başvuran hastaların yaklaşık yüzde kaçına reçete yazıyorsunuz?

- 0)Hiç yazmıyorum 1) %25 ve altı 2) %26-50 3) %51-75 4)%76-100

13-Reçetelerinizde ortalama kaç kalem ilaç yer almaktadır?

- 1) 1 2) 2 3) 3 4) 4 5) 5 ve üzeri

14-Hastanızı muayene edip, tanı koyduktan sonra, hastaya hastalığının adını, nedenlerini ve tedavinin gerekçelerini anlatıyor musunuz?

- 0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Sıklıkla 4) Her zaman

15-Hastalarınızı muayene etmeden reçete yazdığınız oluyor mu?

- 0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Sıklıkla 4) Her zaman

16-İlaç reçete ederken hastanızın hangi anamnez bilgilerinden yararlanıyorsunuz? (Lütfen her bir maddeye cevap veriniz. Cevap verilmeyen maddeler “hiçbir zaman” olarak değerlendirilecektir.)	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Herzaman
1) Kullandığı başka ilaç(ları) sorgularım	0	1	2	3	4
2) İlaç alerjisi olup olmadığını sorgularım	0	1	2	3	4
3) Karaciğer hastalığı olup olmadığını sorgularım	0	1	2	3	4
4) Böbrek hastalığı olup olmadığını sorgularım	0	1	2	3	4
5) Kronik bir hastalığı olup olmadığını sorgularım	0	1	2	3	4
6) Gebe olup olmadığını sorgularım	0	1	2	3	4
7) Yaşını dikkate alırım	0	1	2	3	4
8) Cinsiyeti dikkate alırım	0	1	2	3	4
9) Diğer.....					

17-Sık karşılaştığınız hastalıklar için oluşturduğunuz kişisel ilaç listeniz var mı?

- 0) Hayır 1) Evet

18-Hastalarınızın özel olarak istediği ilaçları reçete ediyor musunuz?

- 0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Sıklıkla 4) Her zaman

19-Reçeteye yazdığınız ilaçlar hakkında hastanıza bilgi veriyor musunuz?

- 0) Hiçbir zaman 1) Nadiren 2) Bazen 3) Sıklıkla 4) Her zaman

20-Hastaya ilaçlarla ilgili verdiğiniz bilgiyi yeterli buluyor musunuz?

- 1) Evet çünkü doğru kullanmazsa etkin tedavi sağlayamaz.
2) Kısmen; kullanımı özen isteyen ilaçlar için
3) Hayır; vakit yeterli değil.
4) Hayır; reçetede ki bilgiyi anlatmak eczacının görevidir.

21-İlaç yazarken bilgi kaynaklarından yararlanıyor musunuz?

- 0) Hayır (Lütfen 23. soruya geçiniz) 1) Evet

22-İlaçlarla ilgili bilgi kaynağı olarak aşağıdakilerden hangilerini kullanıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1)Vademekum
2)Farmakoloji kitapları
3)İlaç prospektüsleri
4)İlaç firmalarının tanıtım elemanlarının bilgilendirme kaynakları
5)Türkiye İlaç Kılavuzları
6)İnternet
7)Meslektaş görüşü
8)Bilimsel yayınlar
9)Diğer (belirtiniz.....)

23-En sık reçete ettiğiniz ilaç grubu nedir? (Lütfen tek bir cevap belirtiniz)

.....

24-Sağlık mesleği mensubu olarak beşeri tıbbi ürünün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen beklenmeyen advers etkilerin bildirimini yapıyor musunuz?

- 0) Hiçbir zaman(Lütfen 26. soruya geçiniz)
1) Nadiren 2) Bazen 3) Sıklıkla 4) Her zaman

25-Şimdiye kadar kaç bildirim yaptınız?

- 1) 1-2 2) 3-5 3) 6-10 4) 10'dan fazla

26-Akılcı ilaç kullanımının tanımı sizce nedir? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- 1) Etkili ilaç yazılması
2) Güvenli ilaç yazılması
3) Uygun maliyetli ilaç yazılması
4) Uygun dozda ilaç yazılması
5) Uygun süre ilaç kullanımı

6)Diğer.....

27-Daha önce hiç akılcı ilaç kullanımı eğitimi aldınız mı? (Eğitimi nerede, kaç yılında, hangi kurumdan aldığınızı da belirtiniz.)

0) Hayır (Lütfen 30.soruya geçiniz)

1) Evet (.....)

28-Akılcı ilaç eğitiminde edindiğiniz bilgileri, tedavi sırasında uygulayabiliyor musunuz?

0) Hiçbir zaman

1) Nadiren

2) Bazen

3) Sıklıkla

4) Her zaman

29-Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyiniz sizce nasıl?

0) Hiç yeterli değilim

1) Yetersizim

2) Orta

3) Yeterliyim

4) Çok yeterliyim

30-İlaç seçerken dikkate aldığınız kriterler nelerdir?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

1) Etkililik

2) Güvenlilik

3) Uygunluk

4) Maliyet

5) Diğer.....

31-Hastalarınıza yazdığınız ilaçları nasıl kullanacağını tekrar ettirir misiniz?

0) Hiçbir zaman

1) Nadiren

2) Bazen

3) Sıklıkla

4) Her zaman

32-Yazdığınız ilaçlarla hastalarınızın tedavi sürecini izliyor musunuz ? (Yalnız bir seçenek işaretleyiniz)

1) Evet tüm hastalarımı yakından takip ederim

2) Sıklıkla özellikle ek hastalığı varsa

3) Sadece özel dikkat gerektiren ilaç reçete ettiğimde

4) Diğer.....

33-Sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payı hakkında ne düşünüyorsunuz?

0) Fikrim yok

1) Düşük

2) Normal

3) Yüksek

4) Çok yüksek

34-Sağlık bakanlığının akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalarından haberdar mısınız?

0) Hayır

1) Evet

35-Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak ister misiniz?

0) Hayır (Lütfen 37.soruya geçiniz)

1) Evet

36-Bu eğitimin hangi kuruluşlarca verilmesini tercih edersiniz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)

1) Sağlık bakanlığı

2) Tabip odası

3) İlaç firması

4) Yazılı ya da görsel basın

5) Diğer.....

37-Akılcı ilaç kullanımı farkındalığı oluşturmak için sizce ne yapılabilir?

1) Tıp fakültelerinde zorunlu eğitim/ders

- 2) Asistanlık sürecinde tekrarlanan eğitimler
- 3) Uzmanlıkta veya sahada çalışırken düzenlenecek hizmet içi eğitim programları
- 4) Online eğitim
- 5) Diğer.....

Anketimiz bitmiştir. Katıldığınız için çok teşekkür ederiz.

