



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK
LİSANS
TEZİ**

**AKILCI İLAÇ KULLANIMINDA AİLE HEKİMİNİN ROLÜ
(BİTLİS ÖRNEĞİ)**

EMRAH SALĞIN

**SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

MAYIS 2018



**AKILCI İLAÇ KULLANIMINDA AİLE HEKİMİNİN ROLÜ
(BİTLİS ÖRNEĞİ)**

Emrah SALĞIN

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
HASTANE İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

MAYIS 2018

Emrah SALĞIN tarafından hazırlanan “Akılcı İlaç Kullanımında Aile Hekiminin Rolü (Bitlis Örneği)” adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından OY BİRLİĞİ ile Gazi Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalında Hastane İşletmeciliği Bilim Dalında YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Başkan): Prof. Dr. Emine ORHANER

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye: Doç. Dr. Zekai ÖZTÜRK

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Gazi Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Üye: Doç. Dr. Mehmet ALTINÖZ

Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu, Hacettepe Üniversitesi

Bu tezin, kapsam ve kalite olarak Yüksek Lisans Tezi olduğunu onaylıyorum



Tez Savunma Tarihi: 30/05/2018

Jüri tarafından kabul edilen bu tezin Yüksek Lisans Tezi olması için gerekli şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.



Prof. Dr. Saliha AĞAÇ

Enstitüsü Müdürü

ETİK BEYAN

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Emrah SALGIN

30/05/2018

AKILCI İLAÇ KULLANIMINDA AİLE HEKİMİNİN ROLÜ (BİTLİS ÖRNEĞİ)
(Yüksek Lisans Tezi)

Emrah SALĞIN

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
Mayıs 2018

ÖZET

Bu çalışma, Bitlis ilinde hizmet veren aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin ortaya konması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amacın gerçekleştirilmesi noktasında akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri içeren anket formundan yararlanılmıştır. Araştırmada akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşler “Hekim - Hasta İlişkisi, Hekim - Tedaviyi Düzenleme ilişkisi ve Hekim - İlaç Bilgisi İlişkisi” boyutlarında incelenmiştir. Söz konusu boyutların yapı geçerliliği, temel eksenler yöntemi (principal axis factoring) faktör analizi ile incelenmiştir. Araştırmada yer alan formun güvenilirliğini belirlemek amacıyla Cronbach’s Alpha iç tutarlılık katsayısı değeri incelenmiş ve bu değer 0.87 olarak tespit edilmiştir. Araştırmada, elde edilen verilerin çözümlenmesinde Bağımsız Örneklem T-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) testi kullanılmıştır. Buna göre, katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile cinsiyet, yaş, mesleki tecrübe, reçetede ortalama yazılan ilaç kalem sayıları, mezuniyet sonrası mesleğe yönelik alınan eğitim, akılcı ilaç kullanımına yönelik alınan eğitim değişkenleri arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür. Son olarak katılımcıların günlük hasta muayene sayısı ile akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri arasında pozitif yönlü; bu hastalara reçete yazılma yüzdelik dilimleri ile akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri arasında ise negatif yönlü bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır.

BilimKodu : 10106.03
Anahtar Kelimeler : Aile Hekimi, Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç, Bitlis
SayfaAdedi : 139
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Emine ORHANER

THE ROLE OF FAMILY PHYSICIAN IN RATIONAL DRUG USE (BİTLİS SAMPLE)

(M. Sc. Thesis)

Emrah SALĞIN

GAZİ UNIVERSITY

GRADUATE SCHOOL OF SOCIAL SCIENCES

May 2018

ABSTRACT

This study was carried out in order to reveal the rational drug use viewpoints of family physicians provide service in the province of Bitlis. To attain this purpose, a questionnaire that includes rational drug use viewpoints was utilized. In the study, rational drug use viewpoints were examined in the dimensions of “Physician - Patient Relationship”, “Physician - Treatment Arrangement Relationship” and “Physician – Drug Knowledge Relationship”. Construct validity of the respective dimensions was assessed by principal axis factoring. In order to assess the reliability of the questionnaire that used in the study, the Cronbach’s Alpha internal consistency coefficient value was examined and was found as 0.87. Independent Samples T-Test and One-way ANOVA test were used in the analysis of the collected data. Accordingly, there was no significant difference between rational drug use viewpoints of participants and gender, age, professional experience, average number of drugs written in the prescription, post-graduate professional training, and rational drug use training. Lastly it is found that, there was a positive correlation between the number of daily patient examinations and the rational drug use viewpoint of participants, and a negative relationship between the quantile of prescribing and the rational drug use viewpoints.

Science Code : 10106.03
Keywords : Family Physician, Rational Drug Use, Drug, Bitlis
Page Number : 139
Supervisor : Prof. Dr. Emine ORHANER

TEŞEKKÜR

Tez çalışmamın her aşamasında bilgisini ve desteğini benden esirgemeyen, önerileri ile bana yol gösteren ve beni cesaretlendiren danışman hocam Prof. Dr. Emine ORHANER başta olmak üzere, eğitim hayatıma katkısı olan tüm hocalarıma,

Her zaman yanımda olan maddi ve manevi desteğini esirgemeyen Fuat DALGA, Rıdvan İLBARS, Seyhun TUTGUN ve Hayati YILMAZ'a

Araştırma sürecindeki desteklerinden dolayı Bitlis İl Sağlık Müdürlüğü Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Birimi Sorumlusu Cevdet CAYHAN ve tüm birim çalışanlarına,

Beni bugünlere kadar yetiştiren eşsiz anne ve babama en kalbi duygularıyla teşekkür ederim.

Doğmuşlara, doğacaklara ve bütün güzelliklere...

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
ÇİZELGELERİN LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLERİN LİSTESİ.....	xiii
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	xiv
1. GİRİŞ.....	1
2. AKILCI İLAÇ KULLANIMI.....	9
2.1. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı	9
2.2. Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri	11
2.3. Akılcı İlaç Kullanımında Akılcılık Ölçütleri	12
2.4. Akılcı İlaç Kullanımında Reçete Yazma Süreci ve Bazı Sorumluluklar	15
2.4.1. Akılcı Reçete Yazma Süreci	17
2.4.2. Hekimin Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamalarındaki Mesleki ve Yasal Sorumlulukları	20
2.5. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı	23
2.6. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Nedenleri	24
2.6.1. Hekimlerden Kaynaklanan Nedenler	24
2.6.2. Eczacılaradan Kaynaklanan Nedenler	25
2.6.3. Hastalardan Kaynaklanan Nedenler	25
2.6.4. İlaç Veriliş Sisteminden Kaynaklanan Nedenler	26
2.6.5. Promosyon ve İlaç Endüstrisinden Kaynaklanan Nedenler	27
2.6.6. İlaç Maliyetleri ve Harcamalarına İlişkin Nedenler.....	28
2.6.7. Sağlık Sistemi ve Düzenleme Mekanizmalarından Kaynaklanan Nedenler.....	28

Sayfa

2.7. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Sonuçları	29
2.8. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Önüne Geçebilmek İçin Alınabilecek Önlemler	30
3. TÜRKİYE'DE AKILCI İLAÇ KULLANIMI.....	33
3.1. Türkiye'de Akılcı İlaç Kullanımı Çalışmaları	33
3.2. Türkiye'de İlaç Harcamaları	36
3.3. Türkiye'de İlaç Piyasası	40
3.3.1. İlaç Firmaları.....	44
3.3.2. İlaç Fiyatlarında Düzenlemeler.....	45
3.4. Türkiye'de Aile Hekimliği	46
3.4.1. Aile Hekimliği	47
3.4.2. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları.....	48
3.4.3. Aile Hekimin Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamalarındaki Özel Rolü	48
3.4.4. Aile Hekimleri ile İlgili Sayısal Veriler	50
4. YÖNTEM	55
4.1. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri	55
4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	57
4.3. Araştırmanın Ölçme Araçları	57
4.4. Ölçüm Güvenirliliği	66
4.4.1. Güvenilirlik Katsayısı	66
4.4.2. Normallik Analizi	67
5. ARAŞTIRMA BULGULARI.....	69
5.1. Katılımcılara Ait Genel Betimsel İstatistikler.....	69
5.2. Katılımcıların Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Görüşlerinin Betimsel İstatistikleri	77
5.2.1. Hekim - Hasta İlişkisi Boyutuna Yönelik Betimsel İstatistikler.....	77
5.2.2. Hekim - Tedaviyi Düzenleme ilişkisi Boyutuna Yönelik Betimsel İstatistikler	81

Sayfa

5.2.3. Hekim - İlaç Bilgisi İlişkisi Boyutuna Yönelik Betimsel İstatistikler	85
5.3. Araştırma Hipotezleri.....	89
5.4. Tartışma.....	97
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	111
KAYNAKLAR	119
EKLER.....	129
EK-1. Anket örneği.....	130
EK-2. Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları	134
EK-3. İzin belgesi	135
EK-4. Etik kurul kararı	136
ÖZGEÇMİŞ	139

ÇİZELGELERİN LİSTESİ

Çizelge	Sayfa
Çizelge 2.1. Akılcı ilaç tedavisinin gereklilikleri.....	12
Çizelge 2.2. Akılcı ilaç kullanımına yönelik stratejiler.....	31
Çizelge 3.1. Akılcı ilaç kullanımı ulusal eylem planı 2014-2017'nin altı ana başlıkta yürüttüğü faaliyetlerin alt faaliyet alanlarına göre dağılımı.....	35
Çizelge 3.2. Merkezi yönetim bütçesi içerisinde tedavi ve ilaç harcamalarına ayrılan toplam miktar	38
Çizelge 3.3. Sosyal Güvenlik Kurumu bütçesi içerisinde tedavi ve ilaç harcamalarına ayrılan toplam miktar	39
Çizelge 3.4. Türkiye ilaç pazarı	41
Çizelge 3.5. Türkiye'de 2014 ilaç sektöründe üretim yapan firma sayısı ve ilaç üretim tesisi firma sayısı dağılımları.....	44
Çizelge 3.6. Türkiye ilaç pazarındaki ilk 10 firma.....	45
Çizelge 3.7. Aile hekimlerine yapılan harcama miktarı.....	50
Çizelge 3.8. Yıllara göre aile hekimliği birimi ve aile sağlığı merkezi sayısı	50
Çizelge 3.9. Aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus, 2016.....	51
Çizelge 3.10. İllere göre aile hekimliği birimi ve aile hekimi başına düşen nüfus sayısı, 2016	51
Çizelge 3.11. Yıllara göre aile hekimliğine yapılan toplam müracaat sayısı.....	53
Çizelge 4.1. Akılcı ilaç kullanımında aile hekimlerinin görüşlerini ortaya koyan ölçek maddeleri	59
Çizelge 4.2. Anketin ikinci bölüm sorularının bileşen analizine uygunluk test sonucu	61
Çizelge 4.3. Akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerin belirlenmesi ölçeği faktör analizi sonuçları	62
Çizelge 4.4. İkinci bölüm sorularının bileşen analizine uygunluğunun yeni T test sonuçları	64
Çizelge 4.5. Akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerin belirlenmesi ölçeği test-tekrar faktör analizi sonuçları	64
Çizelge 4.6. Cronbach's alpha katsayısı için güvenilirlik düzeyleri	67

Çizelge	Sayfa
Çizelge 4.7. Cronbach's alpha tekniğine ilişkin çözümleme sonuçları	67
Çizelge 4.8. Normallik test sonuçları	68
Çizelge 5.1. Katılımcıların cinsiyet dağılımları	69
Çizelge 5.2. Katılımcıların yaş dağılımları	69
Çizelge 5.3. Katılımcıların mezun oldukları üniversite dağılımları	70
Çizelge 5.4. Katılımcıların mesleki tecrübe dağılımları	71
Çizelge 5.5. Katılımcıların günlük hasta muayene etme dağılımları	71
Çizelge 5.6. Katılımcıların günlük muayene ettikleri hastalara reçete yazma yüzdelik dağılımları	72
Çizelge 5.7. Katılımcıların reçetelerinde yazdıkları ortalama ilaç kalem sayısı dağılımları	72
Çizelge 5.8. Katılımcıların mezuniyet sonrası meslekleri ile ilgili eğitim alma dağılımları	73
Çizelge 5.9. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitim alma dağılımları	73
Çizelge 5.10. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı eğitimlerini aldıkları yer dağılımları	73
Çizelge 5.11. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ile ilgili aldıkları eğitimi yeterli bulma dağılımları	74
Çizelge 5.12. Katılımcıların ilaç reçete ederken yararlandıkları anamnez (Hastanın hastalığı ile ilgili bilgilerinin tümü) bilgilerinin öncelik sırasına göre dağılımları	74
Çizelge 5.13. Katılımcıların ilaçlar ile ilgili olarak hastayı bilgilendirmede anlattıklarının öncelik sırasına göre dağılımları	75
Çizelge 5.14. Katılımcıların tedaviyi düzenlerken hastaya hastalığı ile ilgili anlattığı bilgilerin öncelik sırasına göre dağılımları	75
Çizelge 5.15. Katılımcıların ilaç seçiminde dikkate aldıkları kriterin öncelik sırasına göre dağılımları	76
Çizelge 5.16. Katılımcıların reçeteleme yaparken yararlandıkları bilgi kaynaklarının öncelik sırasına göre dağılımları	76
Çizelge 5.17. Hekim - hasta ilişkisi boyutuna yönelik elde edilen sonuçlar	78
Çizelge 5.18. Hekim - tedaviyi düzenleme ilişkisi boyutuna yönelik elde edilen sonuçlar	82

Çizelge	Sayfa
Çizelge 5.19. Hekim - ilaç bilgisi ilişkisi boyutuna yönelik elde edilen sonuçlar.....	86
Çizelge 5.20. Tüm boyutların ortalama ve standart sapma sonuçları	88
Çizelge 5.21. Cinsiyet değişkenine göre katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinde anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları.....	89
Çizelge 5.22. Yaş değişkenine göre katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinde anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans (anova) analizi sonuçları.....	90
Çizelge 5.23. Mesleki tecrübe değişkenine göre katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinde anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans (anova) analizi sonuçları.....	91
Çizelge 5.24. Reçetede ortalama yazılan ilaç miktarları değişkenine göre katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinde anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans (anova) analizi sonuçları	92
Çizelge 5.25. Mezuniyet sonrası mesleğe yönelik eğitim alma durumu ile katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinde anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları	93
Çizelge 5.26. Akılcı ilaç kullanımına yönelik eğitim alma durumu ile katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinde anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları	94
Çizelge 5.27. Günlük ortalama muayene edilen hasta sayısının akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşler üzerindeki ilişkinin korelasyon analizi sonuçları.....	95
Çizelge 5.28. Hastalara yazılan reçete yüzdelik dilimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşler üzerindeki ilişkinin korelasyon analizi sonuçları.....	96
Çizelge 5.29. Hipotezlerin değerlendirilmesi	97

ŞEKİLLERİN LİSTESİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Akılcı ilaç kullanımının temel paydaşları.....	16
Şekil 3.1. Türkiye’de yıllara göre ilaç harcamaları.....	37
Şekil 3.2. Merkezi yönetim bütçesi içerisinde tedavi ve ilaç harcamalarına ayrılan toplam miktarın yüzdelik dağılımı	38
Şekil 3.3. Sosyal Güvenlik Kurumu bütçesi içerisinde tedavi ve ilaç harcamalarına ayrılan toplam miktarın yüzdelik dağılımı	39
Şekil 3.4. Kutu bazında ilaç tüketimi.....	42
Şekil 3.5. Türkiye ilaç pazarında yerli ve ithal ilaçların kutu bazında yıllara göre yüzdelik dağılımı	43
Şekil 3.6. Türkiye ilaç pazarında yerli ve ithal ilaçların tl bazında yıllara göre yüzdelik dağılımı	43
Şekil 4.1. Akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşler içerisinde yer alan boyutlar.....	55

SİMGELER VE KISALTMALAR

Bu çalışmada kullanılmış kısaltmalar, açıklamaları ile birlikte aşağıda sunulmuştur.

Simgeler

F:	Varyans Oranı
N:	Anakütle büyüklüğünü
p:	Olayın görülme olasılığını
q:	Olayın görülmeme olasılığını
r:	Korelasyon Katsayısı
Sig:	Anlamlılık
SS:	Standart Sapma
X:	Aritmetik Ortalama

Kısaltmalar

Açıklamalar

AB	Avrupa Birliği
AH	Aile Hekimi
AİK	Akılcı İlaç Kullanımı
AİKŞM	Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü
AOİK	Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı
BSTB	Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
GSYİH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
SB	Sağlık Bakanlığı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
TTİCK	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
WHO	World Health Organization

1. GİRİŞ

İnsan yaşamında çok uzun bir geçmişi olan ilaçlar insan sağlığına hem olumlu hem de olumsuz birçok etkide bulunmuştur. Oysa ilaçlar hastalıklara karşı bir önlem ve sağlıklı olma halini geliştirmek için üretilir. Buna karşın ilaçların önlenemez artan olumsuz etkileri beraberinde birçok sorunu getirmektedir. Bu sorunlar arasındaki en hayati mesele sağlıklı yaşama halinin azalmasıdır. Dünya üzerinde yaşanan gelişmeler haliyle ilaç sektörünü de olumlu yönde etkilemiştir. Az sayıda olan ilaçlar zamanla artmış ve günümüz itibari ile çeşitlilik kazanmıştır. İlaç sektöründeki bu artış ve çeşitlilik birçok hastalık türünü tedavi etmeye imkân tanımıştır. Öte yandan bu gelişmeler tedavi ihtiyacına en uygun olan ilacı seçme açısından da bir zorluğu beraberinde getirmiştir.

Pek çok ilaç belirli hastalıkların tedavisinde kullanılmak üzere üretilmiştir. Bu ilaçlar aynı hastalıkların tedavisinde kullanılmalarına rağmen, etki güçleri, maliyetleri ve kullanılış biçimleri açısından birbirleri ile farklılık göstermektedir. Hekim, reçete edeceği ilacı seçerken tüm bu farklılıkları göz önüne alarak hastası için en uygun ilacı seçmeli, seçtiği ilacın doğru kullanımı hakkında hastayı yeterince bilgilendirmelidir. İlacın akılcı seçimi ve kullanımında hekimin rolü bu aşamada başlamaktadır (Kalyoncu ve Yarış, 2004).

Pazara yeni ilaçların sunulması ile beraber ilaç bilgisi ve görüşler sürekli olarak değişmektedir. Ayrıca mevcut ilaçlar hakkındaki deneyim de artmaktadır. Yan etkiler daha iyi anlaşılacakla beraber mevcut ilaçlar hakkında da ilacın hangi hastalıkların tedavisinde kullanılabileceği ve kullanım yollarının çeşitliliğini artırmaktadır. Hekimin genel olarak ilaçlar ile ilgili olarak tüm bu gelişmeleri takip etmesi ve bilmesi beklenmektedir. Süphesiz insan sağlığına olumsuz yönde etki yapacak bilgi eksikliği bir mazeret olarak kabul edilemez (Akıcı, 2010: 4). Genel olarak ilaç kullanımına bağlı sorunları yaşayan kesim, toplumdur. Bu hususta hekimlerin hata ve sorumlulukları büyüktür. Zira ilaç kullanımında hekimin bilgi, tecrübe ve tercihi gözardı edilemez bir durum arz etmektedir (Şemin, 1998: 9). Hekimlerin ilaç bilgilerinin güncel ve yetersiz olduğu durumlar genellikle hatalı reçeteleme ile sonuçlanmaktadır. Bu hata da, tedavinin en önemli parçası olan ilacın sağlığa fayda yerine zarar vermesine neden olmaktadır.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de ilaç kullanımı her geçen yıl artmaktadır. Artan ilaç kullanımının başlıca sebepleri; dünya nüfusunun artması, yeni hastalık türlerinin

ortaya çıkması, yetersiz ve dengesiz beslenme, stresli yaşam tarzı, kötü alışkanlıklar ve ilaç sayısındaki artıştır. İlaç kullanımındaki artış beraberinde gereksiz ilaç kullanımını da getirmiştir. Dahası ülkelerin ilaç harcamaları da artmıştır. Ülkemizde sağlık sektörüne ayrılan bütçe yetersizdir. İlaç harcamaları ise sağlığa ayrılan bütçenin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu durum sağlık sektöründeki diğer hizmetlerin yeterince finanse edilememesine ve kaynak israfına neden olmaktadır.

İlacın dozu, kullanma şekli, kullanım süresi ve temin ediliş şeklindeki hatalar akılcı olmayan ilaç kullanımı olarak adlandırılır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı tüm dünya’da önemli bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Öyle ki Dünya Sağlık Örgütü’nün tahminlerine göre dünya üzerindeki ilaçların yarısından daha fazlası yanlış reçete edilmekte, dağıtılmakta veya satılmaktadır. İlaçları kullanan kişilerin de yaklaşık yarısı ilaçları doğru kullanmamaktadır (Aydın ve Gelal, 2012). İlaçların bilinçsiz kullanımı birçok basit hastalığın tedavisini zorlaştırmaktadır. Mevcut ilaçların mantıksız kullanımı sağlık için büyük bir tehdit oluşturmakla beraber önemli miktarda israfa da neden olmaktadır.

Ülkemizde de akılcı olmayan ilaç kullanımı önemli bir sorun arz etmektedir. İlaç tüketiminin fazla olduğu ülkemizde toplum, akılcı ilaç kullanma hakkında halen bilinçlendirilmeye ihtiyaç duymaktadır. Özellikle antibiyotik gereğinden fazla kullanılmaktadır. Bu durum başta antibiyotik direncine ve çeşitli sağlık sorunlarına neden olmaktadır. İlacın yanlış kullanımına bağlı olarak tedavinin olumsuz sonuçlanması, yan etkilerden kaynaklı akut hastalıklar, ölümlerin gerçekleşmesi ve ilaç direnci gibi birçok sorun ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, 2017 yılında artan antibiyotik direncine dikkat çekmek için antibiyotik direncini en önemli hastalıklar grubuna eklemiştir. Mevcut durum ilaçların akılcı kullanımını gerektirmektedir.

Dünya Sağlık Örgütüne göre akılcı ilaç kullanımı; kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda, en düşük maliyetle ve kolayca ulaşabilmeleri’dir (World Health Organization, 1985). Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımından hareketle akılcı ilaç kullanımının başarıya ulaşabilmesi için başta hekimler olmak üzere diğer sağlık personeli ve toplumun akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi düzeylerinin artırılması gerekmektedir. Bunun içinde ulusal düzeyde eğitim, politika ve düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır. Akılcı ilaç kullanımının başarıya ulaşmasında hekimlerin rolü büyük önem arz etmektedir. Zira hastalar ile ilk temas halinde olan ve

onları yönlendiren taraf hekimlerdir. Hekimlerin ilaç bilgisi, tedaviyi düzenleme ve gerekli olduğu hallerde uygun ilacı seçme, tedaviyi izleme, tedavi sonucunu değerlendirme ve hastalar ile olan iletişimleri akılcı ilaç kullanımı başarısını doğrudan etkilemektedir.

Toplumumuzda hastaların, hastalıkların tedavisinde genel olarak ilaç kullanmaya bağımlı olma algısı hâkimdir. Bu durum hekimler açısından önemli bir sorun oluşturmaktadır. Örneğin, kişiler hafif bir baş ağrısında dahi ilaç kullanma ihtiyacı hissedebilmektedir. Öte yandan hastalardan gelen ilaç talepleri karşısında hekimlerin tutumu da pek istenilen seviyelerde değildir. Hekimlerin özellikle hasta sayısının fazla olduğu dönemlerde, muayene etmeden hastalara ilaç reçete ettikleri de bilinmektedir.

Hekimlerin akılcı ilaç kullanımı üzerindeki etkisi, üzerinde önemle durulması gereken konulardan biridir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı sorunu ile baş etmede hekimlerin mevcut alışkanlıklarının düzeltilmesine yönelik önlemlerin alınması ve bilgi düzeylerinin artırılmasının en önemli çözümlerden biri olduğu genel olarak kabul görmektedir (Akdağ, 2011). Dolayısıyla hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki rolünün belirlenmesi, hem mevcut aksaklıkların tespitine hem de akılcı ilaç kullanımının başarılı bir şekilde yaygınlaştırılmasına imkân tanıyacaktır.

Akılcı olmayan ilaç kullanımı sorununun temelini hekimlerden kaynaklanan nedenler oluşturmaktadır. Bunun nedeni ise hekimlerin, hastaların tedavi sürecinde bilirkişi olarak görev almalarıdır (Laing ve diğerleri, 2001). Hekimler; tıp eğitimleri esnasında akılcı ilaç kullanımı ilkelerini yeterince öğrenememeleri, teorik ilaç bilgileri ile pratik uygulama sürecini pekiştirmede sorun yaşamaları, reçete yazma pratiğini tam olarak tecrübe etmeden mezun olmaları gibi mezuniyet öncesine bağlı nedenlerden dolayı akılcı ilaç kullanımını uygulamakta sorun yaşamaktadırlar (Mollahalilloğlu, Özgülcü, Alkan ve Öncül, 2011a: 12). Mezuniyet öncesinde akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yeterince eğitim almamış hekimlerde hastaların gereksinimlerine uygun reçetelemeyi yazamama ve onlara gerekli bilgileri verememe gibi birçok sorun görülebilmektedir. Tedavinin amacına uygun ilacın reçete edilebilmesinde hastanın yaşı, cinsiyeti, gebelik durumu, kronik hastalığı, kullandığı diğer ilaçları ve sosyokültürel özelliklerinin her biri etkileyebilmektedir. Bu nedenle ilaçla tedavi sürecinin başarısı hekimlerin akılcı ilaç kullanımı eğitimleri ile doğru orantılıdır.

Problemin Durumu

İlacın akılcı kullanımı, son yıllarda araştırmacıların üzerinde fazlaca durduğu bir konu olmuştur. Eskiden ilaçların insan sağlığı üzerine yapmış olduğu olumlu etkiler incelenmekteydi. Oysa günümüzde ilaçların olumsuz etkileri de incelenmektedir. İlaçların sayı ve çeşitliliğinin artması ile ilaçların savurgan ve bilinçsiz bir tavırla tüketimi bu araştırmaların temelini oluşturmaktadır. Hekimin hastaya önerdiği ilaç seçimi ve tutumu doğrudan ilacın akılcı kullanımını etkilemektedir. Ülkemizde tüketilen ilaçların önemli bir kısmı aile hekimleri tarafından reçete edilmektedir. Yapılan araştırmalarda bilinçsiz ilaç kullanımında hekimlerden kaynaklı nedenlerin önemli bir yer tuttuğu göze çarpmaktadır. Hekimlerden kaynaklanan nedenler akılcı olmayan ilaç kullanımının başlangıç noktasını oluşturduğu için bu çalışmada da problem cümlesi şudur: Akılcı olmayan ilaç kullanımında hekimlerin rolü nedir?

Araştırmanın Amacı

Bilinçsiz ilaç tüketiminin hem sağlık hem de ekonomik açıdan önemli sorunlara neden olacağı aşikârdır. Ülkemizde akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yeterince bilimsel araştırma mevcut değildir. Bu çalışma, ülke genelinde yapılmış olan sınırlı araştırmalardan biri olup Bitlis İlinde yapılan ilk çalışmadır.

Bu araştırmanın amacı, Bitlis ilinde hizmet veren aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin tespit etmek ve konu ile ilgili genel bir değerlendirme yapmaktır. Ayrıca akılcı ilaç kullanıma ilişkin daha sonra yapılacak araştırma ve uygulamalara veri, öneri ve zemin hazırlanması da amaçlanmıştır. Sözü edilen amaçlar çerçevesinde, aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımındaki rolü ortaya konulacak ve akılcı ilaç kullanımına ilişkin karşılaşılan problemler saptanarak çözüm önerileri sunulacaktır.

İfade edilen amaçlar doğrultusunda, aşağıdaki hipotezler geliştirilmiş ve doğruluğu araştırılmıştır.

H₁: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile yaşları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile mesleki tecrübeleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₄: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile reçetede ortalama yazılan ilaç kalem sayısı arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₅: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile mezuniyet sonrası meslekleri ile ilgili alınan eğitimler arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₆: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile akılcı ilaç kullanımına yönelik alınan eğitimler arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₇: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile günlük muayene edilen hasta sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₈: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile muayene edilen hastalara reçete yazılma yüzdeliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Araştırmanın Önemi

İlaçlar, hastalığın tedavisinde hekimlerin en önemli yardımcılarından birisidir (Melli, 2010). Ancak hekimlerin yeterli bilgi, tecrübe ve özene sahip olmadığı durumlarda reçete ettikleri ilaçlar tedavinin başarısız olmasına ve kişilerde ciddi rahatsızlıkların görülmesine neden olabilmektedir. Bu açıdan akılcı ilaç kullanımı, ilaçla tedavinin başarılı olabilmesi için hekimlere gerekli temel ilke ve yaklaşımları önermektedir. Bu ilke ve yaklaşımları pratikte uygulayabilmek için öncelikle mevcut durumun ortaya konulması gerekmektedir. Dolayısıyla akılcı ilaç kullanımının merkezinde bulunan hekimlerin akılcı ilaç kullanımında mevcut etkilerinin bilinmesi gerekmektedir. Son 20 yılın istatistikî verilerine göre, ilaç harcama miktarı düzenli bir şekilde artmıştır. Hekimlerinin ilaç reçete etme sayısının fazla olması bu artışın en önemli nedenleri arasındadır. Bu artış dahi hekimlerin akılcı ilaç kullanımında üzerinde önemle durulmasını gerektiren nedenlerden birisidir.

Aile hekimliği ve akılcı ilaç kullanımı üzerine çeşitli alanlarda ayrı ayrı ele alınmış çalışmalar mevcuttur. Ancak iki konunun aynı başlık altında araştırıldığı ve aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına olan etkisi hakkında az sayıda çalışma mevcuttur. İlaç özelinde aile hekimlerinin rolünün anlaşılması insan sağlığına doğrudan etki edeceği için bu çalışma, önemli bir konu olarak görülmüştür.

Sayıtlar

Araştırmanın akılcı ilaç kulanımında aile hekiminin rolünün belirlenmesine yönelik yeterli ve güvenilir veriler toplayacak nitelikte olduğu varsayılmıştır. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin, uygulanan anketteki soruları doğru olarak cevap verdikleri ve hiçbir şekilde yönlendirilmediği varsayılmıştır. Ayrıca seçilen örneklemin de evreni yansıttığı varsayılmıştır.

Sınırlılıklar

Bu araştırma Sağlık Bakanlığı'na bağlı Bitlis ili aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimlerinden alınan cevaplarla sınırlıdır. Değerlendirme yöntemi olarak anket kullanılmıştır. Kullanılan anket 42 soru ile sınırlandırılmıştır. Anket, hedeflenen amaçlar doğrultusunda sadece aile hekimleri üzerinde uygulanmıştır. Bu araştırmanın tüm giderleri araştırmacının kendi imknlarıyla karşılanmıştır. Bu alışma Bitlis ilinde yapıldığı için genellenemez.

Tanımlar

İlaç: Vücudun herhangi bir işlevini değiştirmek, vücutta fiziksel bir değişim yaratmak veya teşhis, tedavi ve hastalıklara karşı korunmak için kullanılan bitkisel, kimyasal ve biyolojik kaynaklı ürünlerdir (zelikay, 2011).

Akılcılık: Akla dayanan, doğruluğun ölçütünü duyularda değil, düşünmede ve tümdengelimli çıkarmalarda bulan öğretilerin genel adıdır (Türk Dil Kurumu, 1974).

Akılcı ilaç kullanımı: Dünya Sağlık rgt tarafından “kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda, en düşük maliyetle ve kolayca ulaşabilmeleri” olarak tanımlanmıştır.

Akılclı olmayan ilaç kullanımı: Akılcı ilaç kullanımının tanım, ilke, koşul ve sorumluluklarının tersi yönünde bir davranış veya uygulama, akılcı olmayan ilaç kullanımı olarak adlandırılmaktadır.

Reçete: Hastaların ihtiyaç ve kişisel özelliklerine göre düzenlenen, hastalar tarafından tedarik edilmesi ve kullanılması için hekimler tarafından eczacılara yazılan ve belirli standartları olan bir belgedir (Akılcı ve Kaptanoğlu, 2013: 30).

Aile hekimliği: Hekimin kendisine bağlı olan topluma yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmadan, birinci basamak sağlık hizmetlerini verdiği bir uygulamadır (Akdağ, 2004: 36).





2. AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Bu bölümde akılcı ilaç kullanımının tanımı, akılcı ilaç kullanımının ilkeleri, akılcı ilaç kullanımında akılcılık ölçütleri, akılcı ilaç kullanımında reçete yazma süreci ve bazı sorumluluklar, akılcı olmayan ilaç kullanımı, akılcı olmayan ilaç kullanımının nedenleri, akılcı olmayan ilaç kullanımının sonuçları ve akılcı olmayan ilaç kullanımının önüne geçebilmek için alınabilecek önlemler başlıkları detaylı olarak ifade edilecektir.

2.1. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün gündeminde olan akılcı ilaç kullanımı (Rostova ve Odegova, 2012), 1970'li yıllara kadar uzanan bir geçmişe sahiptir (Le Grand ve diğerleri, 1999). Dünyada en büyük iki sektör sanayi ve enerji sektörüdür. İlaç sektörü ise bu sektörlerin ardında üçüncü sırada yer almaktadır (Eren, 2012). DSÖ ilacı, fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları alanın yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün olarak tanımlamıştır (Kayaalp, 2009: 3). İlaç, hekimler veya uzman kişiler tarafından kişilere özgü olarak reçete edilen ve ilgili kişilerce doğru bir kullanım sonucu hastalıklara karşı önlem, hastalığa karşı mücadele ve sağlığa pozitif yönde katkı sağlaması amacıyla üretilen ürünlerdir.

Doktor Herophilus göre, ilaçlar kendi başlarına hiçbir şey değildir, ancak akıl ve ihtiyat ile hareket edilirse Tanrı'nın elidirler (Ambwani ve Mathur, 2006). Bir başka tanıma göre ilaç, vücudun herhangi bir işlevini değiştirmek, vücutta fiziksel bir değişim yaratmak veya teşhis, tedavi ve hastalıklara karşı korunmak için kullanılan bitkisel, kimyasal ve biyolojik kaynaklı ürünlerdir (Özçelikay, 2011). Dahası tedavi etme ve yaşam kurtarmaya yarayan ilaçlar, sağlık sisteminin önemli bir kaynağıdır (Angamo ve diğerleri, 2011).

İlaç kavramını tanımladıktan sonra akılcılık kavramı ile ilgili de bilgi vermek, akılcı ilaç kullanımını doğru ifade etmek açısından faydalı olacaktır. Bireylerin ve toplumun karşı karşıya kalacağı hastalıklara karşı önlem ve mücadele etmede önemli bir işlevi olan ilaçların akılcı kullanımı büyük önem arz etmektedir (Passmore ve Kailis, 1994). Akıl temeline dayanan rasyonalizm yani akılcılık, akıl vasıtasıyla ulaşılan bilgi ve yargılara inanmayı savunur. Doğruluğun şartını, insan duyularıyla değil ancak düşünme üzerine elde edilen çıkarımlar üzerinden kabul eder. Akılcılık, doğru ve evrensel bilgilerin deneyden ve

deney üzerinden elde edilen genellemelerden değil, ancak aklın kullanılması ile ulaşılabilirliğini savunur. Bir başka ifade ile aklın ve düşüncenin dışındaki çıkarım ve yargılara inanmamayı, aynı zamanda elde edilecek bu çıkarım ve yargılar üzerine şekillenecek davranış ve tutumları kabul etmemeyi savunur (Türk Dil Kurumu, 1974).

Öte yandan İlaç kullanımında sözü edilen akılcılık kavramı, salt akılcılık kavramından anladığımız tanımlamadan farklıdır (Doğukan, 2008: 1). İlaç kullanımında akılcılık, hastalık bigisinin doğru kavranılmasını, hastalığın nedenlerinin belirlenmesini, hastalığa en uygun ilacın seçilmesini, seçilen ilacın yeterli kullanımını ve sonrasında etkilerini izlemeyi tanımlamaktadır.

Nairobi’de 1985 yılında gerçekleştirilen Dünya Sağlık Örgütü toplantısı akılcı ilaç kullanımına ilişkin yapılacak çalışmaların başlangıcını oluşturmuştur. Gerçekleştirilen bu toplantıda DSÖ tarafından akılcı ilaç kullanımı (AİK) “kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda, en düşük maliyetle ve kolayca ulaşabilmeleri” olarak tanımlanmıştır.

Akılcı ilaç kullanımı, kişileri oluşabilecek herhangi bir hastalığa karşı korumada, hastalığın ortaya çıkmasını engellemede ve hastalığın ortaya çıkmasından sonra kişileri tedavi etmede kullanılabilecek basit, anlaşılır ve yenilikçi bir ilaç kullanım yaklaşımıdır. Yaklaşımın temel kriterlerinden biri, ilacın en düşük maliyetle elde edilmesidir. Bir başka ifade ile söz konusu kriter, hem ilaç üreticileri hem kullanıcılar hem de ülke ekonomisi açısından en faydalı bir şekilde elde edilmesini ifade eder. Öte yandan, ilacın düşük maliyetle elde edilmesi, ilacın fiyatında ucuzlama, kalitesinde bir değişim veya güvenilirlik açısından bir azalmanın olacağı anlamına gelmez.

İlgili literatür incelendiğinde akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bir çok farklı kaynaklarda hemen hemen benzer anlamlara gelen tanımlar yer almaktadır. Genel itibari ile AİK, bireylerin kişisel özellikleri ve hastalık durumları göz önünde bulundurularak, en uygun ilacın önerilmesi, yeterli dozajda kullanımının gerçekleştirilmesi ve önerilen ilaç ile ilgili; yan etkileri, kullanma talimatı ve kullanım süresi gibi faktörlerin ilgililere anlatılması ve gelişmeleri takip etme süreci olarak tanımlanabilir.

2.2. Akılcı İlaç Kullanımının İlkeleri

İlaç reçete etmede ve ilaç seçiminde hekimlere yardımcı olması amacıyla iyi reçete yazma rehberi DSÖ tarafından oluşturulmuştur. Bu rehber, ilaç seçiminde etkinlik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet ölçütlerinden oluşmaktadır. Hekimler DSÖ'nün belirlediği ilkeleri göz önünde bulundurmalıdır. Hekimler tarafından, sürekli karşılaşılabilecekleri hastalıkların tedavisi için etkinlik, güvenlik, uygunluk ve maliyet ilkelerine göre ilaçlar listesi ve tedaviler oluşturulmalıdır (Gülhan, 2013). İyi reçete yazma rehberine göre oluşturulan ilkeler aşağıda açıklanmıştır.

a) Etkinlik: Etkinlik, ilaç tercihinin ilk ve en önemli ölçütüdür. İlacın farmakodinamik (ilaçların etki gücü) ve farmakolojik özelliklerini içermektedir. Ortalama 70 farmakolojik grup bulunmaktadır. Ortaya çıkan yeni ilaçların çoğu yeni bir etki mekanizması olmaktan ziyade, eski etki mekanizmalarının bir diğer türüdür. İlaçların etki gücünün özellikleri ve erken etki göstermesi, etkililik açısından önemlidir. (Ambwani ve Mathur, 2007). Bu ölçüt, ilacın ne amaçla kullanıldığını ifade eder. 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. Dolayısıyla ilaçların seçimi yapılırken, ilaçların etki gücü dikkate alınmalıdır.

b) Güvenlik: Bu ölçüt 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. Burada istenen, yarar/zarar etkisinin kabul edilebilir bir oranda olmasıdır.

c) Uygunluk: Belli bir hastalık için kullanılabilecek ilaçların, her kişi için aynı etkiyi göstermesi beklenmez. Yani, ilaçların kullanımı her hasta için uygun olmayabilir. Dolayısıyla uygunluk ölçütü, tedavinin kişiselleştiği kısımdır. Kişinin hastalığı ve bireysel özellikleri göz önüne alınarak, ilacın uygunluğu belirlenir (Gülhan, 2013). İlaç tedavisinde kişiye uygunluk temel kriter olarak alınsa da, mevcut ilaç seçenekleri arasında daha önce bilinen, kullanılan ve güvenilirlik açısından tecrübe edilmiş olan ilaçların önerilmesi de kişilerin yararına olacaktır. Bu süreçte ilaç tedavisinin izlenmesi de son derece önemlidir. Keza ilaçlar, hastanın hastalık ve kişisel özelliklerine uygun olsa bile, hastada istenmeyen veya öngörülemeyen bir etki yaratması ihtimali de bulunmaktadır. Bu ihtimal, kişilerde

ciddi sağlık sorunlarına neden olabilmektedir. İlaç kullanımı her daim gerekli olan bir ihtiyaç değildir. Eğer ilaç kullanımının kişinin sağlığına olumlu bir etki yaratması bekleniyorsa bu durumda ilaç kullanımı gerekli olmaktadır. Öte yandan, kişinin sağlığına hem olumlu hem de olumsuz etkiler yaratması durumunda, hekim ve hasta arasında gerekli iletişim sağlanmalıdır. Bu durumda etkinin ağır bastığı yöne göre bir karar alınmalıdır.

d) Maliyet: Maliyet, ilaçlara biçilen değer, yani ücreti ifade eder. Maliyet açısından bir değerlendirme yapıldığında, birim başına maliyet, toplam tedavi maliyeti, ülkenin ekonomik olanakları gibi kriterler göz önüne alınabilir (Gülhan, 2013). İlaçlara erişim kabul edilebilir bir maliyette olmalıdır. Ülkede yaşayan vatandaşların gelir düzeyleri ve sigorta türleri göz önünde bulundurulmalıdır.

Akılcı ilaç kullanımı, kişileri oluşabilecek herhangi bir hastalığa karşı korumada, hastalığın ortaya çıkmasını engellemede ve hastalığın ortaya çıkmasından sonra kişileri tedavi etmede kullanılabilecek basit, anlaşılır ve yenilikçi bir ilaç kullanım yaklaşımıdır. AİK'nin gereklilikleri aşağıdaki Çizelge 2.1'de sıralanmıştır (Eşkazan, 1999).

Çizelge 2.1. Akılcı ilaç tedavisinin gereklilikleri

• Doğru tanıya dayanmak.
• Uygun ilacı seçmek; gereken dozunu, uygun yoldan ve tedavi sanatı ile sunmak ve yeterli süre kullanmak.
• Tedavi başarısını değerlendirmek; yan etkileri ve hastanın reçetede yazılan ilaçlar hakkında hekim tarafından kendisine yapılan tavsiyelere uyma isteği ve uyma derecesini izlemek.
• Birden çok ilaç kullanılacaksa etkileşimlerini değerlendirmek.
• Tasarlanan tedavinin gerçekleştirilebilirliğini ve mâliyetini dikkate almak.

2.3. Akılcı İlaç Kullanımında Akılcılık Ölçütleri

Sosyoloji biliminde akılcılık, bütün bilgilerin doğrusal bir düzleme indirgenebilecek bir sistem yöntemini ifade etmekle beraber ilkesel olarak tüm canlı ve cansız varlıkların bilinebileceği düşüncesini ifade eden bir kavramdır (Abacıoğlu, 2005). Felsefi açıdan akılcılık

ise, insan zihninin varoluşundan itibaren sahip olduğu bazı temel ilkeler veya düşünce ve fikirleri ifade etmektedir.

Sosyoloji ve felsefi akılcılık ile ilaç kullanımında akılcılık arasında bir paralel ilişki olmasına rağmen ilaçta akılcı kullanımın gerekliliği olan ilke ve uygulamalardan dolayı sözü edilen akılcılık kavramları farklı bir yaklaşım üzerine kuruludur (Abacıoğlu, 2005). İlaç kullanımında akılcılık, hekimlerin gözlem ve deneye dayalı elde etmiş oldukları tecrübeleri, hastaların tıbbi tanı ve tedavilerinde uygun bir şekilde kullanmayı ifade etmektedir.

Akılcı ilaç kullanımı, ilaç ile tedavinin güvenli, etkili ve ekonomik açıdan uygulanmasına imkân tanıyan planlama, yürütme ve izlenme sürecidir. Söz konusu süreçte, Sağlık Bakanlığının (SB) ve ilgili kanun koyucuların, eczacıların, ilaç endüstrilerinin, başta hekimler olmakla beraber tüm sağlık sunucularının ve tüm bireylerin bilgi ve davranışlarını akılcı yönde geliştirmeleri gerekmektedir. Akılcı davranışların gösterilebilmesi ancak sözü edilen tarafların bilgi ve beceriye yeterince sahip olmasının yanında iyi niyetli davranışları ile mümkün olabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 1993).

Akılcı ilaç kullanımının akılcılık ölçütleri teşhis, tedavi ve/veya önleyici tedavi ya da koruyucu tıp ile ilgili çeşitli etkinliklere bağlıdır. Bu ölçütleri şöyle sıralayabiliriz (Akbulut, 2008: 16-17):

- İlaçların seçimi
- İlaç lojistiğini belirleme
- Reçete yazma süreci
- Reçete yanıtı süreci
- İlaçların tüketimi
- İlaç bilgisi desteği
- İlaç yönetiminde akılcılık

İlaçların seçimi: İlaçların seçimi, kişilerin ihtiyaçlarına uygun bir şekilde belirlenmelidir. Öte yandan ilaçlar, çeşililik, stok sayısı, ücret ve diğer yönlerden ihtiyaç duyulan yer ve zamanda ulaşılabilir olmalıdır. İlaç seçimi, piyasada ki mevcut ilaçlar arasından öncelikli ilaçların tespit edilmesini ifade etmektedir. Tespit edilen öncelikli

ilaçların seçiminde sırasıyla, morbidite ve mortalite ile ilgili veriler, hasta dağılımı ve standart tedavi protokolleri olmalıdır (SB, 1993).

İlaç lojistiğini belirleme: İlaç lojistiği; ilaçların temin edilmesi, temin edilen ilaçların depolanması ve güvenliği, depolanan ilaçların stok kontrolü ve denetimi, ilaçların ilgili yerlere ulaştırılması gibi faaliyetleri kapsamaktadır.

Reçete yazma süreci: Reçete yazma süreci, hastalığın teşhisi ile başlamaktadır. Teşhisi koyan doktorun bilgi ve tecrübesine bağlı olarak hastalığın tedavisinde ilaç kullanımının gerekli olup olmadığına karar verilir. İlaç kullanımı, doktor tarafından gerekli görüldüğü takdirde alternatif ilaçlar arasından ilaçların uygunluğu, etkililik, güvenilirlik ve ekonomik açıdan bir değerlendirmeye tabi tutulması ile reçetelenir. Bu süreç tedavinin planlanması ve izlenmesi ile tamamlanır (Barbadora ve diğerleri, 1998).

Reçete yanıtlama süreci: Reçete yanıtlama sürecinde eczacıların tasarrufu önemli rol oynamaktadır. Bu aşamada yetkili kişiler eczacılardır. Eczacının reçeteyi doğru olarak kavramasıyla süreç başlamaktadır. Sonrasında süreç, eczacılar tarafından sırasıyla; reçetenin karşılanması diğer bir ifadeyle ilaçların verilmesi ve hazırlanması, hekim ile gereken konularda iletişime geçilmesi, kişilerin eğitilmesi ve tedavinin izlenmesi ile sona erer (SB, 1993). Bu süreçte eczacılardan beklenen en önemli davranış, reçeteyi yanıtlarken ticari veya herhangi bir çıkar gözetmeksizin tedavinin veya hastanın gereksinimlerini doğru ve akılcı olarak karşılanmasıdır.

İlaçların tüketimi: Henüz herhangi bir hastalığı olmayan, hastalık riski olan ve/veya hastalığa yakalanmış olan kişilere ilaç bilgisi verilmelidir. Bu bilgiler gerek sağlık kuruluşlarında hekim ve sağlık çalışanları tarafından, gerekse topluma yönelik olarak bakanlık tarafından verilmelidir. Hastalığa yakalanmış kişilerin kendi tedavilerini kendilerinin belirlemesi, günümüzde yaygın olan reçetesiz ilaç kullanımının en belirgin örneklerinden bir tanesidir. Bu yanlış kullanım, üzerinde önemle durulması gereken bir meseledir. Farklı kültür yapılarına göre biçimini almış ve kavranmış tutum ve davranışlar ilaca ve ilacın kullanılış biçimine farklılık getirmektedir. Bu farklılığı eğitim durumu, ekonomik yapı, dini inançlar, coğrafi yapı ve yaşam biçimi gibi birçok faktör etkilemektedir. Dolayısıyla toplumların kültür yapısına göre oluşmuş ilaç ve ilaç tüketim bilgisi üzerine titizlikle yaklaşılmalıdır.

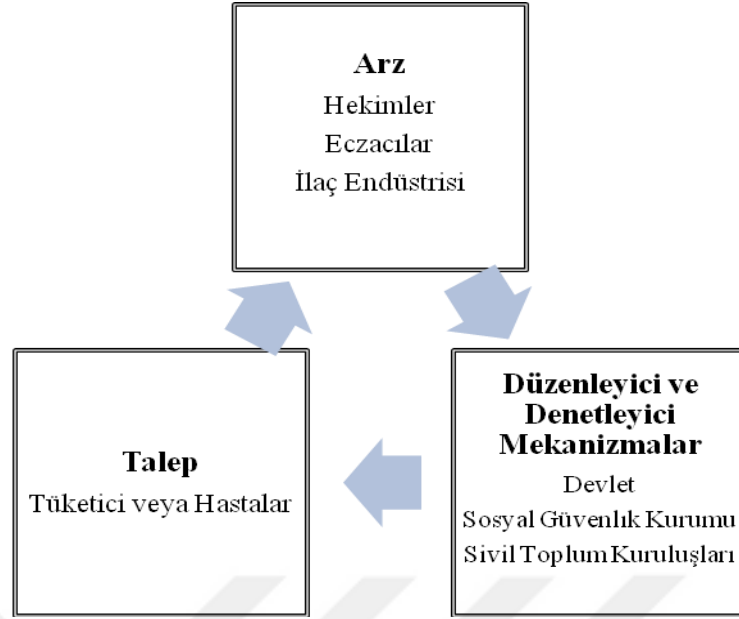
İlaç bilgisi desteği: Akılcı ilaç kullanımının doğru uygulanması ve etkili sonuçların ortaya çıkabilmesi için ilaç bilgisinin yeterli düzeyde biliniyor olması gerekmektedir. İlaçlar hakkındaki bilgiler, doğru, tarafsız, kolay erişilebilir, kullanılabilir, güncel ve tarafsız olmalıdır (SB, 1993).

İlaç yönetiminde akılcılık: İlaç yönetiminin akılcı olabilmesi için yukarıda açıklanan ölçütlerin yerine getirilmesi gerekmektedir. Ulusal ilaç politikası olarak görülmesi gereken ilaç yönetiminde akılcılık, ilgili tüm paydaşların görüşüne başvurulduğu bir sistem olmalıdır. Bu sistemin planlanması, uygulanması ve denetlenmesi sürecinde yer alacak olan kişi ve kurumlar bilgi ve edinimlerini, sistemi geliştirecek şekilde kullanmalıdırlar (SB, 1993).

2.4. Akılcı İlaç Kullanımında Reçete Yazma Süreci ve Bazı Sorumluluklar

Akılcı ilaç kullanımında dikkat edilmesi gereken temel ilkeler bulunmaktadır. Reçete yazma sürecinde, sözü edilen temel ilkelere göre hareket edilmelidir. Öte yandan, sağlık sunumu arz eden hekim, eczacı ve diğer sağlık personelinin sahip olduğu bazı sorumlulukların da bilinmesinde fayda vardır. Reçete yazmada başlayan yasal ve ahlaki sorumluluk başta hastalar, eczacılar, Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), Sağlık Bakanlığı, ülke ekonomisi gibi birçok kişi ve kurumu etkilemektedir.

İlacın üretim aşamasından imha aşamasına kadar yaşanan tüm süreçte rol alan kişi veya tarafların AİK ile ilgili sorumluluğu vardır. Hekimler, ilaç kullanım aşamasında belirleyici bir role sahip olduklarından dolayı AİK'nin en önemli tarafıdır (Akılcı ve Uzuner, 2013: 36). Akılcı ilaç kullanımının temelde üç paydaşı bulunmaktadır. Bunlardan ilki hekimler, eczacılar ve ilaç endüstrisinin oluşturduğu arz ayağıdır. İkincisi tüketicilerin veya hastaların oluşturduğu talep ayağıdır. Üçüncüsü ise devlet, Sosyal Güvenlik Kurumu ve Sivil Toplum Kuruluşlarının oluşturduğu düzenleyici ve denetleyici mekanizmalardır (SB, 2006).



Şekil 2.1. Akılcı ilaç kullanımının temel paydaşları

Hekim ve diğer sağlık çalışanlarının akılcı ilaç kullanımı sürecindeki sorumlulukları aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Hastanın tedavisini belirleme
- Hastalık için uygun ilacı seçme
- Hastayı bilgilendirme
- İlacın doğru şekilde verilmesi
- İlacın uygulanması
- İlaç atığının kontrolü ve yönetimi
- Tedavinin izlenmesi ve sonuçlarının değerlendirilmesi
- Tüm bu süreçte hastaya danışmanlık yapılması

Bugün itibarıyla ülkemizdeki mevcut sağlık sistemi içerisinde, yukarıda sıralanan bu görevleri yapmaya sorumlu olan kişiler hekimler, hemşireler, eczacılar, sağlık teknisyenleri, hasta bakıcıları ve diğer sağlık çalışanlarıdır. Burada AİK ile ilgili hekimleri ilgilendiren mesleki ve yasal sorumluluklara değinilecektir (Akıcı ve Kalaça, 2013: 16).

2.4.1. Akılcı Reçete Yazma Süreci

Reçete, hastaların ihtiyaç ve kişisel özelliklerine göre düzenlenen, hastalar tarafından tedarik edilmesi ve kullanılması için hekimler tarafından eczacılara yazılan ve belirli standartları olan bir belgedir. Reçetenin yazılmasında muhatap kişiler eczacılar olarak görülsede sağlık kuruluşları, Geri Ödeme Kurumu, hekimler, diğer sağlık çalışanları ve hastalar da reçetenin paydaşları arasında yer almaktadır. Yazılan reçetenin hastaya tedarik edilmesi ve sunumunun eczacı tarafından yapılması beklenir. Bu beklentiye karşın, kalfa ve teknisyen gibi yardımcı kişiler de bu işleri yapabilmektedir (Akıcı ve Kaptanoğlu, 2013: 30).

Akılcı ilaç kullanımının ilk basamağını hekimler oluşturur. Hekimlerin oluşturduğu akılcı reçeteleme ile AİK başlamış olur (Özer, 2004). Sağlık hizmetlerinin arz edilmesinde en önemli ve vazgeçilmez role sahip olan kişiler, şüphesiz hekimlerdir. Hekim, diş hekimi, veteriner hekim ve bazı özel veya istisnai durumlarda diğer sağlık personelleri reçete yazma yetkisine sahiptir. Söz konusu yetkili kişiler, kendi uzmanlık alanlarına giren ilaçları reçete edebilmektedirler. İlaç kullanımı, sağlık hizmetlerinin arz edilmesinde çok önemli bir yere sahiptir. Reçete yazmak için, gerekli bilgiye sahip olmanın yanında yeterli özenin gösterilmesi de gerekmektedir. Aksi durumda teşhis, tedavi, sağlığı koruma ve geliştirme amacıyla üretilen ilaçlar, kişilerde biyolojik, fizyolojik, psikolojik ve ekonomik zararlar verebilmektedir (Yorulmaz, 2003).

Reçete yazmada her ülkenin belirlediği asgari form standartları bulunmaktadır. Bazı ülkelerde ilave olarak geri ödeme kurumunun da bazı istekleri bulunmaktadır. Reçete belgelerinde bulunması gereken bilgiler, ülkelerin belirlediği standartlara uymalıdır. Hastaların olumsuz bir durum ile karşılaşmaması için hekimlerin reçete yazmada, eczacıların ve hemşirelerin ise reçeteyi karşılamada tüm standartlara uymaları ve bilinçli hareket etmeleri gerekmektedir. Bugün itibarı ile geri ödeme sistemi açısından Türkiye’de yazılan reçetelerin muhatabı SGK’dır. Dolayısıyla hekimler, eczacılar ve diğer sağlık çalışanları, SGK’nın reçete ile ilgili faaliyetlerini takip etmeleri gerekmektedir (Akıcı ve Kaptanoğlu, 2013: 31).

Reçete yazma süreci açısından dünya genelinde kabul görmüş bir standart bulunmamaktadır. Her ülkenin kendisine ait düzenlemeleri mevcuttur. Bir reçetede aranan

en önemli beklenti reçetenin sade ve anlaşılır olmasıdır. Reçetelerin yazımında latince yerine yerel lisan tercih edilmelidir (Fresle, Henning, Hogerzeil ve Vries, 2000: 51-53).

Günümüz itibariyle tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de elektronik ortamda reçete yazma, birçok avantaj sağlamasından dolayı kağıt reçeteye göre daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Her iki reçete yazımında da bazı standart bilgilerin bulunması gerekmektedir. Kâğıt reçete yöntemine göre yazılan ilaç ve bilgilerin açık ve anlaşılır olması gerekir. Reçetelerin açık ve anlaşılır yazılması, hastaların ve diğer paydaşların, tedaviye ortak olmalarına yardımcı olur. Böylece reçetenin tüm paydaşları ilaç kullanım sürecindeki görevlerini daha etkin bir şekilde yaparlar. Yukarıda ifade edilen birçok reçete bilgisi, e-reçetenin uygulanmaya konulmasıyla birlikte, sistem içindeki kayıtlar aracılığıyla otomatik hale gelmiştir. Bunun yanında, reçete yazım işleri daha kolay bir hale gelmiş ve muhataplar arasındaki bilgi alışverişi kolay ve daha hızlı bir hale gelmiştir. Burada önemli olan nokta, reçete yazılan hastalara, reçetenin çıktısının verilmesi ve bu çıktının da kolay okunabilir bir formatta olmasıdır (Akıcı ve Kaptanoğlu, 2013: 31).

Reçete yazma sürecinden sonra eczacıya ulaşan reçete doğru okunmalı ve doğru yorumlanmalıdır. Bu işlemlerin ardından reçetenin hasta için karşılanması, hastanın eğitimi ve gerekli hallerde hekimle iletişime geçilerek sorunların çözülmesi gerekmektedir (Yorulmaz, 2003).

Akılcı bir reçete yazmak için benimsenmesi gereken Akılcı Reçete Yazmanın Temel İlkeleri şunları içermelidir (İksit, 2006):

- Hastaya teşhisin konulması ve tedavi amaçlarının belirlenmesi gerekmektedir.
- Teşhis sonrası üzerinde önemle durulması gereken ilaç tedavisi gerekli midir sorusudur.
- Hastanın kullandığı diğer ilaçlar ve alışkanlıkları sorgulanmalıdır.
- İlaçların etkililiğe göre gruplara ayrılması ve kriterlere göre en uygun ilacın seçilmesi gerekmektedir.
- İlacın seçiminde kişiye göre hareket edilmelidir.
- En az sayıda ilaçla yetinilmelidir.
- İlaç tedavisinde başlangıç olarak düşük doz tercih edilmeli ve doz daha sonra yavaş yavaş artırılmalıdır.

- Hastanın tedaviye uyumunu artırmak için ilaç tedavisi basitleştirilmelidir.
- Tedavi düzenli bir şekilde kontrol edilmeli ve gereksiz ilaç kullanımı varsa kullanımı sonlandırılmalıdır.
- Hekim ile hasta ve yakınları arasında iletişim kurulmalıdır.

Bütün hastalıklar veya şikâyetler ilaç kullanımını zorunlu kılmayabilir. İlaç kullanımı, kişilerin yaşam kalitesini olumlu yönde geliştirecekse teşhis konulduktan sonra verilmelidir (İksit, 2006). Hastaya teşhis konulduktan sonra tedavinin gerçekleştirilmesi için ilaç kullanımı gerekliyse, ilaçların reçeteye uygun bir şekilde yazılması çok önemlidir. Reçete formu oluşturulurken, yazıların anlaşılır olması ve gerekli bütün bilgileri içermesi gerekmektedir. İlaç seçiminde ise doğru ilacın, doğru dozda ve sürede kullanımına ilişkin bilgiler reçete formunda belirtilmelidir. Hastalara ise ilaç kullanımı ile ilgili bilgiler eksiksiz olarak anlatılmalıdır (Yorulmaz, 2003).

Tedavi planlama aşamasında hastanın kullandığı diğer ilaçlar ile alışkanlıkları sorgulanmalı ve dikkate alınmalıdır. Hastanın kötü alışkanlıklarının bilinmesi gereklidir. Çünkü alkol, uyuşturucu, sigara gibi maddeler ilacın etkisini değiştirebilecek niteliktedir (İksit, 2006).

Hastaların ilaç türü ve seçimi ile ilgili baskıları ve ilaç firmalarının yönlendirme faaliyetleri reçete yazma sürecinde hekimleri etkilememelidir. Bu sürecin temelinde hastanın yararı için akılcılık olmalıdır. Reçete edilecek ilaçların isimleri kısaltılmamalı ve kodlanmamalıdır. Tam ismi yazılmalıdır. İlaçların dozu, şüphe ve yanılgıya düşmeyecek şekilde doğru belirtilmelidir. İlaçların doz içeren türleri birden fazla ise hangi türünün yazıldığı yeterince açık olmalıdır (Yorulmaz, 2003).

Hem kâğıda yazılan reçetelerde hem de elektronik ortamlarda yazılan reçetelerde önemli olan reçetenin AİK doğrultusunda yazılmasıdır. Bu önem, reçetenin içerik ve standart olarak doğru yazılmasını ifade eder (Akıcı ve Uzuner, 2013: 67). DSÖ tarafından hazırlanan “Guide to Good Prescribing” adlı kitap, doğru ve akılcı reçete yazmak için dikkat edilmesi gereken hususları içermektedir. Tüm dünyada yaygın olarak kullanılan bu kitap, ülkemizde de Türkçeye “Reçete Yazma Rehberi” adıyla çevrilmiş ve akılcı reçete yazmada sık olarak tercih edilen rehber niteliğinde bir kaynak olmuştur.

Dünya Sağlık Örgütüne göre bir reçete şunları içermelidir (WHO, 2002):

- Reçeteyi yazan kişinin adı, soyadı, adresi ve telefon numarası
- Reçetenin yazıldığı tarih
- İlacın ismi ve etkinliği
- Dozaj şekli, toplam miktar
- Talimat ve uyarıları içeren bilgiler
- Kişinin parafı ya da imzası
- Hastanın adı, soyadı ve adresi, çocuk ve yaşlılar için yaşı

Piyasaya sürülen ilaçların genelde yetişkin ve çocuk dozlarında kullanımının önerildiği görülür. Buna karşın, ilacı kullanacak hastanın kişisel özellikleri ve günlük yaşam alışkanlıkları, tedavisi planlanan hastalığının şiddeti, olası başka hastalık veya hastalıkların varlığı gibi faktörlerden dolayı ilaç veya ilaçlar hastaya uyarlanmalıdır. Dolayısıyla hekimler, hastası için kullanacağı ilacı ve dozunu hastaya göre belirlemelidir. Bu sayede, ilaç kullanımı genel bir çözümden ziyade, kişiye özel bir çözüm haline gelmiş olur. Bir başka ifade ile tedavi hastaya göre kişiselleştirilmiş olur (Eşkazan, 1999).

Reçeteleme ile ilgili yukarıda bahsi geçen sorumluluklar ve dikkate alınması gereken ilkeler göz önüne alınarak hareket edildiğinde, ülkenin sağlık düzeyinde olumlu gelişmeler ve ekonomik açıdan da bir tasarruf sağlanabilir. Aksi durumda ise başta kişilerde önemli sağlık sorunları olmak üzere ekonomik açıdan da kaynak israfına neden olabilir. Zira akılcı olmayan reçete yazımı tedavi edilmesi zor olan bir alışkanlıktır. Buna karşın akılcı olmayan reçetelemeyi önlemek mümkündür (Hogerzeil, 1995).

2.4.2. Hekimin Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamalarındaki Mesleki ve Yasal Sorumlulukları

Günümüzde belirli bir endikasyonda kullanılmak üzere üretilmiş birçok ilaç bulunmaktadır. Buna karşın bu ilaçların kullanılış şekilleri, etkileri, toksit tesirleri, biyoyararlanım özellikleri ve maliyetleri birbirlerinden oldukça farklıdır. Hekim, reçeteye yazacağı ilacı seçerken tüm bu farklılıkları göz önünde bulundurmalı ve hastası için en doğru ilacı seçmelidir. Hekimin seçtiği ilaç ile bu süreç bitmemektedir. Ayrıca hekim seçtiği ilacın hasta tarafından doğru kullanılması için de telkinlerde bulunmalı ve süreci

izlemelidir. Bu aşamalar, AİK'nin temel ilkeleri arasında yer almaktadır. Hekimin ilaç seçimi yapabilmesi için ilaç bilgisinin yeterli olması gerekmektedir. Ayrıca hekim, ülkedeki sağlık ve ilaç politikalarını, sağlık ve ilaçla ilgili mevzuatı, SB'nin tutumunu da dikkate alarak kanıta dayalı biçimde ilaç seçimini yapmalıdır (Kalyoncu ve Yarış, 2004).

Hekimin; tanı koyma bilgisi, tedaviyi palanlama becerisi, hastalık için doğru reçete yazarak uygun ilacı ve ilacın dozunu seçme bilgisi, ilaç bilgisi, tıbbi bilgi ve tecrübesi gibi edinimler akılcı ilaç kullanımını doğrudan etkilediği için, hekimlerin bu süreçteki sorumlulukları büyük önem arz etmektedir (Duran, 2014: 14).

Akılcı ilaç kullanımında hekimin birçok rolü vardır. Hastanın tedavisinin planlanması ve bu sürecin başarılı bir şekilde yürütülmesi bu rolleri arasındaki en önemlisidir. Bu nedenle hekimin AİK ile ilgili sorumluluklarının birçoğu bu alanda karşımıza çıkmaktadır (Akıcı ve Uzuner, 2013: 42). Hekim sorumluluğunun yerine getirilmesi, akılcı ilaç kullanımına engel olan etmenleri ortadan kaldırmak açısından çok önemlidir (Kalyoncu ve Yarış, 2004).

Hekimlerin yasal ve mesleki sorumlulukları aşağıda özetlenmiştir (Akıcı ve Uzuner, 2013: 42-47; Doğukan, 2008; Şemin, 1993):

- Hekimin AİK'e göre hareket etmesi, hem mesleki bir yükümlülük hem de yasal bir zorunluluktur.
- Hekimler ilaçların akılcı kullanımında sorumlu olan ilk kişilerdir.
- İlaçlar, hekimin bilgisi ve kontrolünde hastaya ulaşmalıdır.
- Tanıyı doğru koyduktan sonra uygun ilaç seçmelidir.
- Hekim, ilaçların farmakolojik özellikleri ile ilgili bilgili olmalıdır.
- Bilgisinin yetersiz kaldığı bazı durumlarda, hastasına doğru bilgilendirme yapabilmek için hastasından zaman talep etmeli veya konu ile ilgili meslektaşlarına danışarak gerekli bilgilendirmeyi yapmalıdır.
- Hekim, ilaçlar konusundaki bilgiler dinamik bir yapıya sahip olduğu için ilaç bilgilerini güncel tutmalıdır.
- Hekim, ilaç seçimini yaparken hasta için en faydalı ve ekonomik olanı seçmelidir.
- Hekim, tanı koyma süreci ve tanıya göre doğru ilaç tercihi açısından, tıbbi ve iktisadi bir sorumluluk taşımaktadır.

- Hekim, hizmet sunduğu yerde AİK'e uygun bir şekilde kişisel tedavi ve kişisel ilaç listesini karşılaşılabileceği hastalıkların tedavisi için önceden hazırlamalıdır.
- Hekim, reçetesiz ilaç kullanımının koşulları ve bitkisel ürünlerin kullanımı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmalıdır.
- Hekim, hastalara ve topluma ilaçlar konusunda bilgilendirme çalışmaları yapmalı ve doğru bilgiye ulaşabilecekleri kaynaklar konusunda onları yönlendirmelidir.
- Hekim, tedavisini düzenlediği hastasının kullandığı ilaçlar ile ilgili güncel güvenlik kararlarını ve önlemlerini takip etmelidir.
- Hekim, kontrole tabi ilaçlar ve bu ilaçların sağlık kurumlarında bulundurulması, reçete edilmesi ve kullanımı ilişkin diğer özellikleri hakkında bilgili olmalıdır.
- Hekim, hastası, meslektaşları ve diğer sağlık personeli ile iyi iletişim kurmalı, sorumlu olduğu idari ve tıbbi kuralları bilmeli ve bu kurallara uygun hareket etmelidir.
- Hekim, hizmet sunduğu yere has hastalık, sağlık hizmetlerini yeterli kullanmama, antibiyotik direnci gibi sorunlar ile karşılaştığında, bu sorunlara çözüm üretebilmek için daha fazla bilgi edinmeye ve donanımlı olmaya gayret etmelidir.
- Hekim, koruyucu ilaçların kullanım gerekçelerini ve kullanım şeklini bilmelidir.
- Hekim, hizmet verdiği kuruluşun ve bölgenin teknolojik imkân, alt yapı ve tesislerin varlığından haberdar olmalıdır.
- Hekim, bilgi ve becerisinin bütün sağlık sorunlarını çözemeyebileceği gerçeğiyle hareket etmelidir.
- Hekim, reçete ettiği ilaçların fiyatlarını ve geri ödeme şartları hakkında bilgi sahibi olmalıdır.
- Hekim, reçeteye yazdığı ilaçların kullanım şeklini ve farmasötik şekillerinin özelliklerini bilmelidir.
- Hekim, ilaç kullanımı açısından hassas olan yaşlılar, çocuklar, kronik hastalığı olanlar, hamileler gibi hastaların tedavilerine uygun çözüm bulabilmek için temel farmakoloji bilgisine sahip olmalıdır.
- Hekim, çalıştığı kurumun ilaç atığı ve imhası ile ilgili talimatların olmasına gayret etmeli, aynı şekilde hastalarını da bu konuda bilgilendirmelidir.
- Hastalarının tedavisini planlarken deneyimlerini kanıta dayalı tıp çerçevesinde kullanmalıdır.

2.5. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

Akılcı ilaç kullanımının tanım, ilke, koşul ve sorumluluklarının tersi yönünde bir davranış veya uygulama akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) olarak adlandırılmaktadır. Bir başka ifade ile AOİK, akılcı ilaç kullanımının özüne ters düşecek bilinçsiz veya bilgisizlik olarak da tanımlanabilmektedir.

Dünya genelinde önemli bir sağlık sorunu haline gelen AOİK daha çok gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (Akkurt, 2016: 10). Ülkelerin ekonomik durumu, dini inançları, sosyo-kültürel yapıları, sağlık politika ve yasaları, ilaçlara erişim imkânları gibi birçok faktör AOİK'yi dolaylı veya doğrudan etkileyebilmektedir. Bu faktörler birbirlerini de etkilemekte ve bu etkileşim, AOİK sorununu büyütmede daha da karmaşık bir hale gelmektedir (Işık ve diğerleri, 2004). Dolayısıyla, AOİK halk sağlığı bakışı ile incelenmeli ve ele alınmalıdır (Ekenler ve Koçoğlu, 2016).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı sonucunda birçok olumsuz sonuç ortaya çıkmaktadır. Gereksiz veya yanlış ilaç kullanımı önemli sorunları ortaya çıkarabilmektedir. Bu sorunlardan biri ekonomik zarardır. İlaç harcamalarına yüksek bütçe ayırmak, devletin imkân ve kaynaklarını azaltmaktadır (Laing, 1990; Sürmelioglu ve diğerleri, 2015). Ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu haline gelen AOİK, Sağlık Bakanlığı tarafından alınan önlemler ve çeşitli farkındalık yaratma çalışmaları çerevesinde devam etmektedir.

Akılcı olmayan ilaç kullanımının en yaygın şekilleri aşağıda sıralanmıştır (WHO, 2002: 1; Acar ve Yeğenoğlu, 2005; Akıcı ve Uzuner, 2013: 35-36):

- Hastalara çok fazla ilaç verilmesi
- Etik dışı yollarla ilaçların tanıtımı
- Bakteriyel olmayan enfeksiyonlar için yetersiz dozajda uygunsuz antimikrobiyal kullanımı
- Antibiyotiklerin bilinçsiz kullanımı ve oluşan direnç
- İlaç seçiminde maliyet açısından uygun olanın yerine daha pahalı olanın reçete edilmesi
- Gereksiz yere ilaç reçete edilmesi ve ilaç kullanılması
- Oral yönteminin daha uygun olduğu durumlarda enjeksiyonların aşırı kullanımı

- Klinik yönetmeliklere uygun reçeteleme yapılamaması
- İlaçların reçete edilmeden alınması ve kendi kendine tedaviye başvurulması
- İlaç kullanımına ilişkin bilgilendirmenin hastalara tam olarak aktarılmaması
- Bilinçsiz olarak bitkisel ürünlerin tüketilmesi

Dünya üzerindeki ilaçların önemli bir kısmı DSÖ'nün tahminlerine göre uygunsuz bir şekilde kullanılmaktadır. Nitekim bu tahminin Türkiye için de geçerli olduğu, ülkemizde elde edilen bulgular sonucu ortaya çıkmıştır (Aydın ve Gelal, 2012).

2.6. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Nedenleri

Bireyleri, yanlış ve bilinçsiz ilaç kullanımına iten faktörler hala tüm dünyada kapsamlı bir şekilde araştırılan bir alandır. AOİK'nin görülmesinde sosyo-kültürel, ekonomik, eğitim ve yönetsel gibi birden fazla faktör olduğu bilinmektedir (Mollahaliloğlu ve Aşkın 2004). Pratikte en çok karşılaşılan hatalı ilaç kullanımı arasında, reçeteleme hataları ve ilaçların uygun olmayan biçimde kullanılması yer almaktadır (Krähenbühl-Melcher ve diğerleri, 2007). Reçeteleme hataları, hastanın tedavisinin etkisiz kalmasına ve zehirlenmesine neden olabilmektedir (Hocaoğlu ve diğerleri, 2011). Akılcı olmayan ilaç kullanımının nedenlerini hekim, hasta, ilaç endüstrisi, sağlık sisteminin yapısı, yasal düzenlemeler, ekonomik yapı gibi başlıklar altında ifade etmek mümkündür.

2.6.1. Hekimlerden Kaynaklanan Nedenler

Hastanelerde hatalı reçete yazma üzerine yapılan araştırmalarda elde edilen bulgulara göre ilk sırayı yeni mezun hekimler almıştır. Bu durum tıp eğitiminin sorgulanmasını, hata yapmaya etki eden faktörlerin incelenmesini ve eğitimin eksikliğini ve önemini ortaya çıkarmıştır (Dean ve diğerleri, 2002). Reçete yazma eğitimi hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası dönemlerde uygulanmalıdır (Maxwell ve diğerleri, 2007). AOİK sorununun temeli, hekimlerden kaynaklanan nedenlere dayanmaktadır. Bu durumun sebebi, hastaların veya hastalıklarından kuşku duyanların ilaç kullanma eylemi ile ilgili ilk etkileşimlerinin hekim ile olmasıdır. Bu nedenler arasında; bilgi ve tecrübe eksikliği, iş yükünün ve hasta sayısının fazla olması, teknolojik altyapı ve laboratuvar eksikliği, hekimler arasındaki bilgi alışverişi, hasta ve yakınlarının istek ve baskıları, denetleyici ve düzenleyici mekanizmaların etkisi, ilaç firmalarının etkisi gibi birçok faktör bulunmaktadır.

İlaçla tedavinin gerekli olduğu durumlarda hekimin hasta özelinde yanlış değerlendirme yapması ve ilaç tedavisinin izlenmemesi hekimlerden kaynaklı nedenler arasındadır (Abacıoğlu, 2005). Yine hekimlerin başlıca yaptıkları hatalar arasında çoklu ilaç kullanımı da yer almaktadır. Genelde reçeteye yazılan ilaç sayısı gerçekte ihtiyaç duyulan ilaç sayısından fazla olmaktadır (Isenalumhe ve Oviawe, 1998). Hekimlerde en çok görülen yanlışlıklardan bir diğeri de daha önce başka bir hekim tarafından reçete edilmiş olan ilacın veya ilaçların hastanın muayene edilmeden tekrar reçete edilmiş olmasıdır. Gerekli muayane ve araştırmalar yapıldıktan sonra özellikle hastanın kronik bir hastalığa sahip olması, ilacın veya ilaçların yeniden reçete edilmesini gerektirebilir (Akıcı, 2000: 12).

2.6.2. Eczacıardan Kaynaklanan Nedenler

Eczacıardan kaynaklanan nedenler aşağıda sıralanmıştır:

- İlacın yanlış, eksik veya fazla verilmesi
- Reçetesiz ilaç satışı yapılması
- Reçeteye yazılan ilacın dışında bir ilacın hazırlanması ve verilmesi
- İlaç kullanım talimatlarının yanlış ifade edilmesi
- Meslek içi eğitimin yetersiz oluşu

Yapılan son düzenlemeler ile birlikte reçetesiz ilaç satışı yasaklanmış olmasına rağmen günümüzde hala reçetesiz ilaç satışı devam etmektedir. Bu durum eczacılar ile ilgili en önemli sorunlardan bir tanesidir. Bu sorun kişilerde ciddi sağlık problemlerine neden olabilmekte ve bilinçsiz bir alışkanlık yaratmaktadır.

2.6.3. Hastalardan Kaynaklanan Nedenler

Hastalardan kaynaklanan nedenler arasında en çok görülen hatalar; yetersiz bilgiye sahip olma, bazı kişisel inançlar ve saplantılardır. Hastalar, bu hatalı davranış ve tutumlarını doktora başvuru yaptıktan sonra kendilerine yapılan bilgilendirme ve uyarılara rağmen hala devam ettirebilmektedir. Hastaların en sık yaptığı hatalar aşağıda maddeler halinde listelenmiştir (Özkan ve diğerleri, 2005):

- Reçeteye yazılan ilaç dozajın eksik veya fazla kullanımı

- Reçeteye yazılan ilacın kullanım süresine dikkat etmemek, belirtilen süreden önce veya sonra ilaç kullanımını bırakmak
- İlaç tedariğini zamanında yapmamak
- Hekimlere tercih ettikleri ilacı yazdırma konusunda baskı yapmak
- İlaçların yan etkilerinden endişe duymak
- Reçetesiz ilaç kullanmak ve ilaç tercihinde bulunmak
- Yasal olmayan ilaçları kullanmak
- Çevresinden aldığı bilgiler ile ilaç kullanmak
- Dini inanışlar ve kadercilik anlayışı ile ilaç kullanımına dikkat etmemek
- Ekonomik yetersizliğe bağlı olarak ilacı satın alamamak
- İlaç kullanımının tedavisi için gerekli olmadığı saptantısına kapılmak
- Kendi kendini tedavi etme yöntemlerine başvurmak
- Bitkisel ürünleri bilinçsiz kullanmak

Akılcı olmayan ilaç kullanımı ile ilgili hastalardan kaynaklanan nedenler birçok araştırmaya konu olmuştur. Hastalardan kaynaklanan nedenler ülke ve bölgelerin sahip olduğu sosyo-kültürel yapı, yaşam biçimi, dini inanış, sağlık sistemi ve düzenlemelere bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Yukarıdaki maddeler aslında hastaların yapmamaları gereken davranışları ifade etmektedir.

2.6.4. İlaç Veriliş Sisteminden Kaynaklanan Nedenler

İlaç veriliş sistemi de AOİK'yi artıran sebepler arasındadır. Keza ilacın reçete edilmesi, ilacın verilmesi, tedavinin takibi ve neticelendirilmesi gibi aşamalar AİK açısından büyük bir öneme sahiptir. Türkiye'de teknolojik altyapının gelişmesi ve kullanımının artması ile beraber AİK uygulamalarında kullanılan geleneksel yöntemler yerini daha modern yöntemlere bırakmıştır. Bu yöntemler ilaç veriliş sisteminin neden olduğu sorunların da azalmasına imkân tanımıştır. Örneğin, ilaç takip sisteminin uygulanması ile beraber ilacın maliyetlerinde azalmalar olmuş, ilacın geçtiği her aşama izlenmiş ve ilacın ilk alındığı tarihten itibaren kullanımının gerekli olduğu doz hesaplanarak yeniden ve gereksiz yere ilaç alımının önüne geçilmesi sağlanmıştır. Bu sayede ilaç kullanım israfının azalmasına da yardımcı olunmuştur (Duran, 2014: 21).

Sağlık sistemi açısından gelişmiş ülkelerde AİK'nin ne durumda olduğuna ilişkin somut tespitlerde bulunmak amacıyla eczaneler çeşitli çalışmalar yapmaktadırlar. Yine eczaneler, hekimler ile iletişime geçerek onlara geri bildirimlerde bulunmaktadırlar. Eczacılar, bu amaçlar ile beraber sık olarak karşılaştıkları sorunlar ile ilgili de eğitim programlarına tabi olmaktadır (Isaksen ve diğerleri, 1999).

2.6.5. Promosyon ve İlaç Endüstrisinden Kaynaklanan Nedenler

İlaç endüstrisinin yapmış olduğu hatalı yaklaşımlar akılcı ilaç kullanımını olumsuz yönde etkileyen nedenler arasında önemli bir yere sahiptir. Çünkü yapılan yanlış bilgilendirme ve tanıtım faaliyetleri yanlış ilaç kullanımını ortaya çıkarmaktadır. Bu durum hastaların tedavilerini zorlaştırmakta ve hatta hastalara zarar verebilmektedir. Dolayısıyla ilaç tanıtım şirketlerinin hekimlere yapacakları bilgilendirmelerin açık, anlaşılır ve yeterli olması gerekmektedir. İlaç endüstrisinden kaynaklanan nedenler aşağıda sıralanmıştır:

- İhtiyaç duyulan ilaç veya ilaçların gerektiği zamanda ve miktarda sağlanamaması
- Ticari çıkar gözetilerek ilaçlar konusunda hekim ve eczacıların yanlış veya eksik olarak bilgilendirilmesi
- Etik ve yasal olmayan yollarla tanıtım faaliyetlerinde bulunulması

İlaç firmalarının ilaç pazarında önemli bir paya sahip olmak amacıyla yürüttükleri yoğun ve sürekli tanıtım çalışmaları, ilacın fiyatında bir artış meydana getirmektedir. Bir başka ifade ile ilaç endüstrisinin tanıtım çalışmalarının maliyeti ilaç fiyatlarına yansıtılmaktadır. Dolayısıyla ilaç şirketleri, hastaların bilgisi olmadan onların parası ile tanıtım harcamaları yapmaktadırlar (Banoğlu, 2001; Şemin ve Aras, 2004).

İlaç şirketlerinin büyük bir finansal bütçeye sahip olmaları ve günümüzdeki rekabet yarışının büyük bir boyuta ulaşması, ilaç şirketlerini çeşitli stratejik hedefler belirlemeye zorlamaktadır. Bu hedeflerden biri, henüz yeteri kadar tecrübe kazanmamış pratisyen veya aile hekimleri ile bareber ilaç bilgisi hakkında yeterince bilgi sahibi olmayan hekimlere yönelik yapılan ilaç tanıtım faaliyetleridir. Bu hedef grup, onların işlerini kolaylaştırmakta ve ilaç şirketleri, ilaç tanıtım çalışmalarını daha kolay kabul ettirmektedir. Bu sayede ilaç şirketlerinin pazar paylarını genişletme imkânları daha da artmaktadır.

2.6.6. İlaç Maliyetleri ve Harcamalarına İlişkin Nedenler

İlaç maliyetleri ve harcamalar daha çok ekonomik anlamda bir etki yaratmaktadır. Küresel pazarda ilaç sayısı ve çeşitliliğinin giderek artması bir yandan ilaç tüketimini artırırken diğer yandan da ilaç harcamalarının artmasına sebep olmaktadır (Yapıcı ve diğerleri, 2011). Türkiye’de ilaç harcamalarına ayrılan pay giderek artmaktadır. Özellikle toplumda alınan ilaçlar belirli sürelerden sonra kullanılmamakta ve çöpe atılmaktadır. Bu durum ülkenin sağlık politika ve hedeflerinde önemli aksamalar yaratmakta ve ekonomik açıdan zarar getirmektedir. Gereksiz ilaç kullanımının önüne geçebilmek için tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de bir takım çalışmaların yapılması şarttır. Sağlık hizmetlerinde kalite ve beklentinin sürekli olarak artış göstermesi elde olan kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanımını zorunlu hale getirmektedir. İlaç maliyetlerinin sağlığa ayrılan pay içerisinde önemli bir orana sahip olması da gereksiz ilaç kullanımına karşı önlemler alınması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

2.6.7. Sağlık Sistemi ve Düzenleme Mekanizmalarından Kaynaklanan Nedenler

Sağlık sistemi ve düzenleme mekanizmalarından kaynaklanan nedenler aşağıda sıralanmıştır:

- Temel ilaç listelerinin ve standart tanı-tedavi klavuzlarının yetersizliği
- İlaç fiyatlandırma sistemi ve denetimindeki yetersizlikler
- Etkisiz veya yetersiz ilaç politikaları
- Yönetimin yetersizliği
- Zorunlu düzenlemeler ve mevzuatın yetersizliği
- Düzenleyici ve denetleyici mekanizmaların yetersizliği
- İlaç endüstrisinin etkisi

Akılcı ilaç kullanımına engel olan en önemli nedenlerden biri, temel ilaç listelerinin ve formüllerinin bulunmamasıdır. Bu önemden dolayı resmi otorite, akademik camia ve meslek örgütlerine büyük bir sorumluluk düşmektedir. Öte yandan ülkelerin ilaç politikalarındaki bazı eksiklikler, ilaçlar ile ilgili çalışmaların sınırlı kalmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla ilaç politikalarının etkin olabilmesi ancak yürütme organında

doğru ve yeterli işleyiş ile mümkün olabilmektedir (Quick, 1997; Le Grand ve diğerleri, 1999; Mollahaliloğlu ve Aşkın, 2004).

2.7. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Sonuçları

Akılcı olmayan ilaç kullanımı koşullarında hem kamusal hem de toplumsal birçok sorun ortaya çıkabilmektedir (Krähenbühl-Melcher ve diğerleri, 2007; Abacıoğlu, 2005). İlaç kullanımında akılcı hareket edilmediği takdirde başta morbidite ve mortalitede artış olmak üzere; antibiyotik direncinin artması, etkin olmayan tedaviler, pahalı veya gereksiz ilaç kullanımı, hekimlere ve sağlık sistemine güven kaybı gibi birden fazla sorun ortaya çıkabilmektedir (Walley ve Bligh, 1993; Akıcı ve diğerleri, 2011).

Antibiyotiklerin gereğinden fazla kullanımı toplumsal açıdan önemli bir sorun olan antibiyotik direncini ortaya koymuştur (Ayuthya ve diğerleri, 2003). Bir örnek ile açıklamak gerekirse antibiyotik direnci olan bir kişinin kullanmış olduğu antibiyotik, kişide direnç gösteren bakterilerin yok edilmesini veya bakterinin çoğalmalarını engelleyemez. Böylece antibiyotik direnci olan kişinin tedavi başarısı azalmaktadır.

Akılcı olmayan ilaç kullanımının sonuçları aşağıda sıralanmıştır (Abacıoğlu, 2005; Krähenbühl-Melcher ve diğerleri, 2007):

- Yan etkilerde artış olması
- İlaç etkileşimlerine bağlı sorunların ortaya çıkması
- İlaç ile tedavide kalitenin azalmasına bağlı olarak morbidite ve mortalite de artış olması
- Artan direnç sorunu
- İktisadi kaynakların israf edilmesi
- İlaçların yanlış tüketimi ile birlikte ilaçlara ulaşılabilirliğin azalması
- Hastanelerde yatış süresinin artması ve sağlık hizmetlerine olan talebin birikmesi
- Tedavi ve ilaç maliyetlerinde artış
- Hastaların ihtiyaç duymadığı hallerde bile ilaç talebinde bulunması ve ilaç bağımlısı olması

2.8. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Önüne Geçebilmek İçin Alınabilecek Önlemler

Akılcı olmayan ilaç kullanımı sorununun önüne geçebilmek için DSÖ'nün genel talimatlarının yanında ülkelerin kendi sağlık politika ve düzenlemeleri çerçevesinde aldıkları bazı önlemler de bulunmaktadır (Mollahaliloğlu ve Tezcan, 2002). Ülkelerin aldığı önlemler arasında özellikle kamu harcamalarında önemli bir payı olan ilaç harcamalarında tasarruf girişimleri göze çarpmaktadır. Bu amaçla ülkeler, AİK'nin önemli paydaşları arasında yer alan sağlık sigortaları ve aczacılar ile çeşitli sözleşmeler yapmaktadır (Demirkıran ve Şahin, 2010). Temel ilaçların kullanılması ile ilgili DSÖ'nün eylem planı, eğitim alanında ortaya konulmuş somut bir gelişmedir. Buna göre, farmakoterapi eğitiminin uygulandığı tıp fakültesi öğrencilerinin, AOİK sorununun çözümünde önemli rolleri olduğu söylenebilir (De Vires, 1993; De Vires ve diğerleri, 1995).

Dünya Sağlık Örgütü'nün AİK'in teşvik edilmesi için belirlediği ve ülkelere önerdiği 12 temel düzeltici faaliyet aşağıda sıralanmıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 2002: 3):

- İlaç tüketim politikalarını koordine edecek ve bunların etkilerini takip edecek bir kurumun oluşturulması
- Klinik tanı ve tedavi kılavuzlarından faydalanması
- İlk seçenek tedavileri esas alan temel ilaçlar listesi oluşturulması
- Hastanelerde ve bölgelerde ilaç ve tedavi kurulları yapılanması
- Mezuniyet öncesi müfredatında probleme dayalı ilaçla tedavi eğitiminin verilmesi
- Hizmet içi sürekli tıp eğitimlerinin sağlanması
- İzleme, değerlendirme ve geri bildirim sistemlerinin kurumsal çerçevede geliştirilmesi
- İlaçlar konusunda tarafsız bilgi kaynaklarının kullanılması
- İlaçlar hakkında kamuoyunun eğitilmesi
- Etik olmayan mali girişimlerden kaçınılması
- Uygun ve zorunlu düzenlemelerin hayata geçirilmesi
- Personellerin ve ilaçların mevcudiyetini garanti altına almaya yönelik tedbirlerin alınması

Standart tedavi klavuzları, klinik politika ve tedavi protokolleri, teşhis ve tedaviye yönelik yapılandırılmış yaklaşımlar rasyonel ilaç kullanımını teşvik etmek için önemli bir potansiyele sahiptir (Grimshaw ve Russell, 1993).

Akılcı ilaç kullanımının önemli bileşenlerden birisi de hastanın tedaviye uyumudur. Yani hastanın kendisine özel olarak reçete edilen ilaçların tavsiye edilen dozda, zamanda ve uyarılara uygun hareket etmesidir. İlaçlar ile ilgili kullanım ve uyarılar dikkate alınmadığında, tedaviye yönelik diğer çabalar verimliliği büyük oranda azaltmakta ve ortaya AOİK sorununu çıkarmaktadır (Kayaalp, 1985; Vançelik ve diğerleri, 2006). Akılcı olmayan ilaç kullanımının önüne geçebilmek için tüm sağlık personeli ve toplumunun AİK ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının geliştirilmesi bir gerekliliktir. Gelişim sağlanabilmesi için de bilimsel araştırmalar, eğitim faaliyetleri ve kamu müdahaleleri gerekmektedir.

Çizelge 2.2. Akılcı ilaç kullanımına yönelik stratejiler

Hekimlere Yönelik	Tüketicilere Yönelik
Eğitsel Faaliyetler Standart Tedavi ve Klinik Kılavuzlar Bültenler/Haber mektupları İş akışları, Tanı Kartları Basit basılı bilgi formları	Eğitim Hasta Eğitimi Toplum Eğitimi Medya esaslı eğitimler: TV, Radyo, Poster
Eğitim Yaklaşımları Yüz Yüze Eğitim Seminerler, Çalıştaylar Hizmet içi Eğitim Klinik Gözetim/Konsültasyon Geribildirimler, Değerlendirmeler İlaç Bilgi Merkezleri	Yönetsel Stratejiler Tedavi Paketleri Kursları
Yönetsel Stratejiler Temel İlaç Listesi Kit Sistemli Dağıtım Basılı Sipariş Formları Stok Kontrol, Etkili Paket Etiketleme	Finansal Müdahaleler Topluma Geri dönen İlaç fonları
Finansal Müdahaleler	Düzenleyici Stratejiler
Düzenleyici Stratejiler Pazarlama veya Uygulamaya Yönelik Kontroller	

Kaynak: (Gümüş ve Sağlam, 2011: 307)



3. TÜRKİYE’DE AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Bu bölümde Türkiye’de akılcı ilaç kullanımı çalışmaları, Türkiye’de ilaç harcamaları, Türkiye’de ilaç piyasası ve Türkiye’de aile hekimliği başlıkları detaylı olarak ifade edilecektir.

3.1. Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı Çalışmaları

Dünyada genelinde otuz yıldan beri sürdürülmekte olan AİK çalışmaları ülkemizde de önemli bir çalışma alanı bulmuştur. Türkiye’de AİK faaliyetleri ilk olarak 1990’lı yıllarda başlamıştır. Bu faaliyetlerin bazıları, kurumsallaşma, eğitim, araştırma, akademik gibi isimler etrafında yapılmıştır. SB söz konusu faaliyetlerin çoğuna ya doğrudan öncülük etmiş ya da dolaylı olarak katkı sağlamıştır (Aksoy ve diğerleri, 2015).

Ülkemizde AİK kapsamında yapılan çalışmalar 1990’lı yıllarda başlamıştır. İlk yıllarda ilaçlar ile ilgili bazı yasal düzenlemeler ve saha araştırmalarının dışında önem arz eden başka çalışmalar yapılmamıştır. AİK ile ilgili en önemli sayılabilecek çalışmalar 2000’li yıllardan sonra yapılmıştır.

Teknoloji ve internetin insan yaşamına sunmuş olduğu imkânlar ile beraber AİK ile ilgili çalışmalar günümüzde farklı bir boyut kazanmıştır. Sağlık Bakanlığı, AİK ile ilgili çalışmaları elektronik ortama taşımıştır. Büyük kitlelere ulaşabilmek için ulusal televizyon kanallarında ve sosyal medyada AİK ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Benzer şekilde internet platformunda da www.akilciilac.gov.tr adresinden bu çalışmalar devam etmektedir.

AİK ile ilgili yapılan tüm çalışmalar arasında öne çıkan faaliyetler aşağıda belirtilmiştir:

Sağlık Bakanlığı, AİK ile ilgili saha çalışmalarını 1992 yılında başlatmıştır. Eskişehir ve Bilecik illerinde 1992 ile 1994 yılları arasında toplumun AİK ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek için çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Akılcı İlaç Kullanımının Alfabetesi adlı kitap 1993 yılının Nisan ayında Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından basılmıştır (Akılcı ilaç kullanımı, 2012).

Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalar 1999 yılının Eylül ayında yapılan Türkiye'de Akılcı İlaç Kullanımı İlkelerinin Yerleştirilmesinde Farmakoterapi Eğitimi ve Klinik Farmakolojinin Yeri Çalışma Toplantısı ile beraber hızlanmıştır. Bu toplantı ile beraber tıp fakültelerinin ders programına farmakoterapi eğitiminin ders olarak eklenmesi gündeme getirilmiş ve bu konuda tavsiyelerde bulunulmuştur (Oktay, 2006).

Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili 2001 ve 2006 yıllarında AİK Eğitici Eğitimi gerçekleştirilmiştir. Bu sayede 89 akademisyen ve 104 hekime eğitim verilmiş olup AİK ile ilgili yetişmiş bir personel oluşumu sağlanmıştır (SB, 2006).

Ülkemizdeki “AİK Programı” DSÖ’nün önerileri kapsamında yürütülmektedir. Bu program kapsamında SB gerekli çalışmaları yapıp 12 Ekim 2010 tarihinde İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü’nü (AİKŞM) kurmuştur. AİKŞM’nin koordinasyonunda tüm illerde AİK il temsilcileri belirlenmiş ve illerde AİK çalışmaları sürdürülmüştür (Aksoy ve diğerleri, 2015).

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK), 2 Kasım 2011 tarihinde 28103 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile yine Sağlık Bakanlığı tarafından kurulmuştur. Daha sonra TİTCK bünyesinde Mart 2012 yılında Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Dairesi” kurulmuştur. Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimine bağlı kurulan Akılcı İlaç Kullanımı Birimi ülkemizde AİK ile ilgili faaliyetleri takip etmekte ve yürütmektedir. Hem kamudaki paydaşların hem de akademisyenlerin görüş ve önerileri, AİK doğrultusunda yürütülen faaliyetlerde dikkate alınmaktadır (Aksoy ve diğerleri, 2015).

Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi tarafından “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017” hazırlanmıştır. Bu plan, AİK çalışmalarını desteklemek, hekim, eczacı, diğer sağlık personeli, toplum ve diğer sorumluluk arz eden tüm kişi ve taraflara yönelik AİK ile ilgili davranış değişikliği ve farkındalık yaratmak ve onların bilgi düzeylerini artırmak amacıyla oluşturulmuştur (Aksoy ve diğerleri, 2015).

Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017’nin içeriği; altı başlık, yirmi stratejik hedef olmak üzere toplamda 99 faaliyetten oluşmaktadır. Çizelge 3.1’de görüldüğü üzere söz konusu planda; AİK yapılanması, hekim, eczacı, yardımcı sağlık

personeli, halk ve ilaç sektörü ayrı olarak ele alınmıştır. Her başlık için idari düzenleme ve planlamalar, tanıtım, eğitim ve izleme-değerlendirme olmak üzere dört alt başlıkta faaliyetler planlanmıştır (Aksoy ve diğerleri, 2015).

Çizelge 3.1. Akılcı ilaç kullanımı ulusal eylem planı 2014-2017'nin altı ana başlıkta yürüttüğü faaliyetlerin alt faaliyet alanlarına göre dağılımı

Ana Başlıklar	Alt Başlıklar			
	İdari Düzenlemeler ve Planlamalar	Tanıtım	Eğitim	İzleme – Değerlendirme
AİK Yapılanması	5 faaliyet	-	-	-
Hekim	2 faaliyet	6 faaliyet	11 faaliyet	10 faaliyet
Eczacı	3 faaliyet	4 faaliyet	9 faaliyet	1 faaliyet
Yardımcı Sağlık Personeli	-	4 faaliyet	7 faaliyet	1 faaliyet
Halk	1 faaliyet	12 faaliyet	9 faaliyet	1 faaliyet
İlaç Sektörü	5 faaliyet	4 faaliyet	1 faaliyet	3 faaliyet

Bu başlıklar kapsamında öne çıkan faaliyetler aşağıda belirtilmiştir (Aksoy ve diğerleri, 2015):

Akılcı ilaç kullanımı yapılanmasındaki faaliyetler arasında; AİK ile ilgili çalışmaların yürütülmesi ve yapılandırılması, bilimsel danışma kurulunun oluşturulması, il temsilciliklerinin yeniden yapılandırılması ve uluslararası kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yapılması yer almaktadır.

Hekim yapılanmasındaki faaliyetler arasında; hekimlere kanıta dayalı tıp uygulamaları hakkında rehber olacak klavuz hazırlama, diş hekimliği ve tıp fakültelerinin eğitim müfredatına AİK ile ilgili eğitimlerin eklenmesi ve AİK ile ilgili uzaktan eğitimlerin verilmesi yer almaktadır.

Eczacı yapılanmasındaki faaliyetler arasında; eczacılara yönelik meslek içi eğitimlerin verilmesi, eczacılık fakültelerinde AİK eğitimlerinin geliştirilmesi ve ilaç etiketlemelerinin e-reçete sistemi ile uyumlu hale getirilmesi yer almaktadır.

Yardımcı sağlık personeli yapılanmasındaki faaliyetler arasında, yardımcı sağlık personeli yetiştiren kurumların eğitim müfredatına AİK eğitimlerinin eklenmesi ve yardımcı sağlık personeline hizmet içi eğitimlerin verilmesi yer almaktadır.

Halk yapılanmasındaki faaliyetler arasında, il temsilciliklerinin yardımı ile AİK hakkında genel tanıtım ve bilgilendirme çalışmaları yer almaktadır. İlaç sektörü yapılanmasındaki faaliyetler arasında, ilaç tanıtım temsilcilerine yönelik oluşturulan kayıt sistemi ve AİK ile ilgili yeterlilik eğitimleri yer almaktadır.

İlaç sektörü yapılanmasındaki faaliyetler arasında, ilaç tanıtım temsilcilerine yönelik oluşturulan kayıt sistemi ve AİK ile ilgili yeterlilik eğitimleri yer almaktadır.

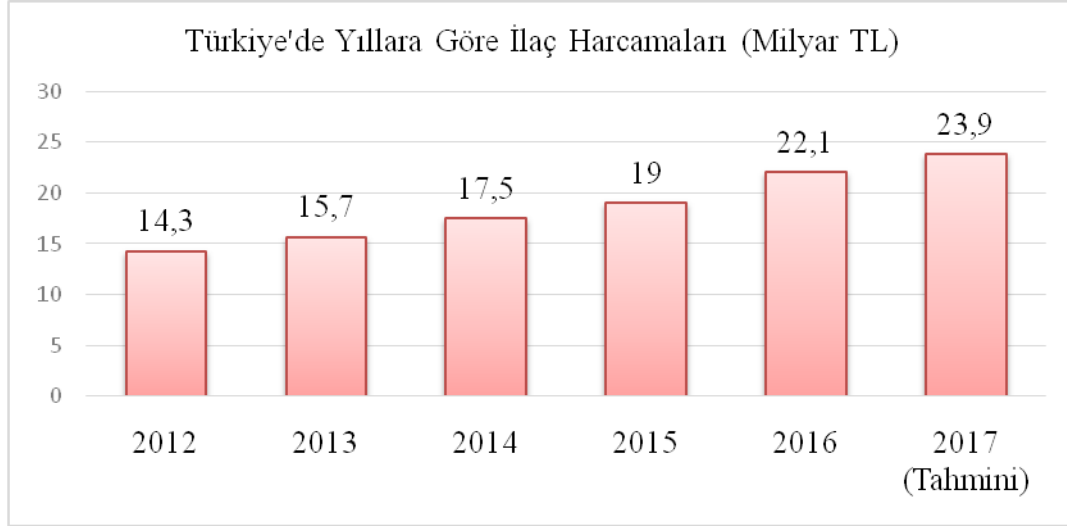
Bu plan kapsamında Akılcı İlaç Kullanımı İl Koordinatörlükleri tarafından illerde eğitim faaliyetlerine başlanmıştır. AİK ile ilgili yeterlilik eğitimi, ürün tanıtım personeline verilmeye başlanmıştır. Çeşitli illerde AİK konusu hakkında sempozyum ve panel gibi etkinlikler yapılmaktadır. Yine çeşitli illerde hekim ve sağlık çalışanlarına yönelik eğitim toplantıları TİTCK tarafından gerçekleştirilmektedir (Aksoy ve diğerleri, 2015).

3.2. Türkiye’de İlaç Harcamaları

İlaç tüketimi ülkemizde amacına yönelik olarak kullanılmamaktadır. Bunun yerine ilaçlar daha çok gereksiz ve savurgan bir tavırla kullanılmaktadır. Bu durumda, ilaç tedarik eden kişilerin ilacı kullanmadan biriktirmelerine ve adeta mini birer eczane oluşturmalarına sebep olmaktadır (Baybek, Bulut ve Çakır, 2005). Ayrıca rahatsızlık yaşayan kişiler daha önceki ilaç tecrübelerine veya eski reçetelerine bakıp aynı ilacı alma eğiliminde olmaları da hem ilaç harcamalarını artırmakta hem de bilinçsiz bir kullanımın varlığını ortaya çıkarmaktadır (Blekinsopp ve Brandley, 1996).

Ülkemizin 2016 yılında sağlık alanına ve ilaç sektörüne yapmış olduğu harcamalar birçok OECD ülkesinin yapmış olduğu harcamalardan daha azdır. Toplam sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH) içindeki ortalaması OECD ülkelerinde %8.9 iken, bu oran Türkiye’de %5,4’tür. Bu yüzdelere göre Türkiye sağlık harcamaları bazında OECD ülkelerinin ortalamasının altındadır. Sağlık Bakanlığı’nın 2017 yılındaki bütçe sunumuna göre; OECD ülkelerinde kişi başına düşen ilaç harcama ortalaması 527

dolar, Türkiye’de bu rakam 170 dolardır. Bu istatistikler göre Türkiye’de sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların yetersiz olduğu fakat gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların yüksek olduğu söylenebilir (Türk Eczacılar Birliği, 2016).



Şekil 3.1. Türkiye’de yıllara göre ilaç harcamaları

Kaynak: (Türkiye Eczacılar Birliği, 2016)

Şekil 3.1’den de görüleceği üzere, ilaç harcama miktarı yıllara göre düzenli bir şekilde artmıştır. Buna göre, 2012 yılından 2017 yılına kadar geçen süre içerisinde ilaç harcamaları %67,1 oranında artmıştır.

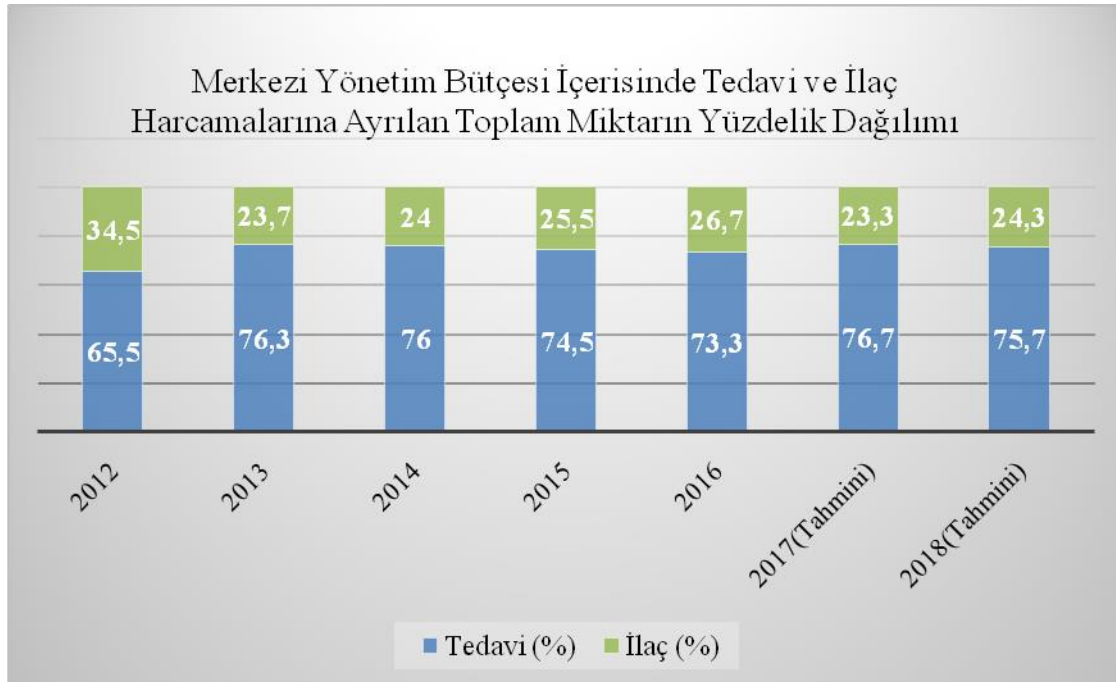
Gelişmiş ülkelerde ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %20’sini oluşturmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran %20 ile %40 arasında değişmektedir. Ülkelerin sağlık sektörü ve ilaç alanındaki harcamalar ile ekonomik büyümeleri arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Buna göre ülkelerde gelir miktarı ve gelişmişlik düzeyi arttıkça sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklarda da bir artış gerçekleşmektedir. Dolayısıyla ilaç harcamaları da artmaktadır (Pınar, 2012). Bir ülkede yapılan sağlık harcamalarının miktarı, o ülkenin sağlık hizmetlerinin gelişmişlik düzeyi ile ilgili önemli bir göstergedir (Belek, 1997). Türkiye’de bu durum tam olarak karşılık bulmuştur. Çünkü ülkemizde sağlık hizmetlerine ayrılan pay az olmakla beraber, bu pay içerisinde ilaçlara yapılan harcamalar oldukça yüksektir.

Çizelge 3.2. Merkezi yönetim bütçesi içerisinde tedavi ve ilaç harcamalarına ayrılan toplam miktar

	Merkezi Yönetim Bütçesi Toplam (Milyon tl)	Tedavi (Milyon tl)	İlaç (Milyon tl)	Bir önceki yıla göre ilaç harcamalarındaki değişim (%)
2012	533	349	184	
2013	337	257	80	-56,5
2014	358	272	86	7,5
2015	380	283	97	12,8
2016	378	277	101	4,1
2017 (Tahmini)	430	330	100	-1
2018 (Tahmini)	469	355	114	14

Kaynak: (Maliye Bakanlığı, 2017: 256).

Çizelge 3.2’den de görüleceği üzere, ilaç harcama miktarı yıllara göre dengesiz bir dağılım göstermektedir. İlaç harcama miktarında 2013 yılında 2012 yılına göre bir azalış, 2013 yılı ile 2016 arasında ise bir artış görülmektedir.



Şekil 3.2. Merkezi yönetim bütçesi içerisinde tedavi ve ilaç harcamalarına ayrılan toplam miktarın yüzdelik dağılımı

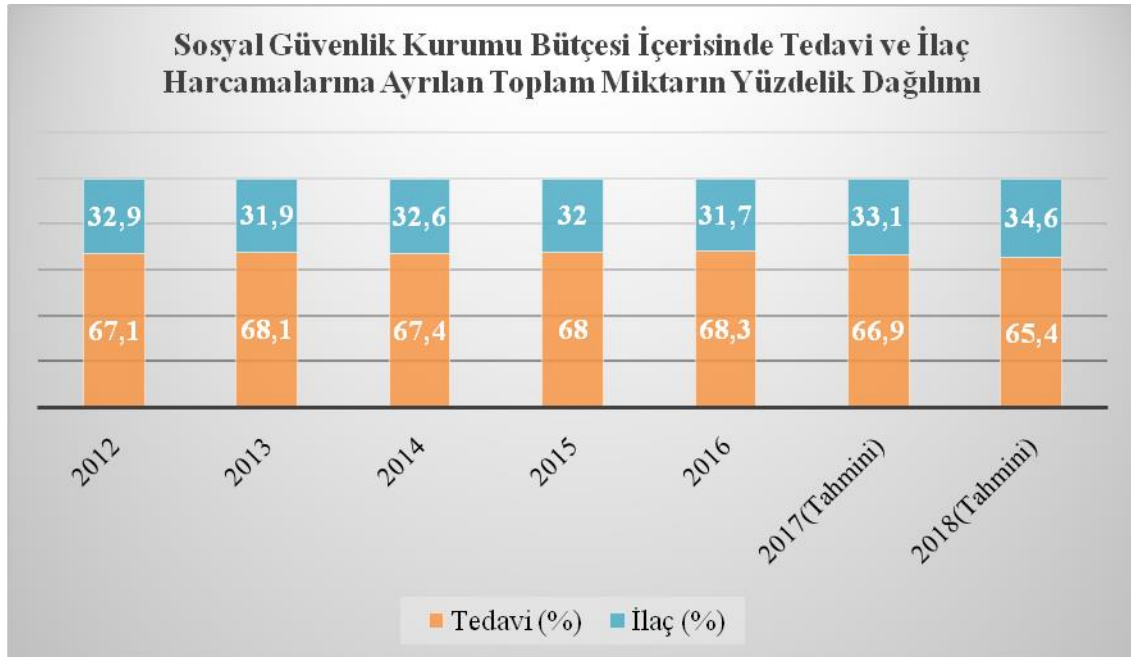
Kaynak: (Maliye Bakanlığı, 2017: 256).

Çizelge 3.3. Sosyal Güvenlik Kurumu bütçesi içerisinde tedavi ve ilaç harcamalarına ayrılan toplam miktar

	Sosyal Güvenlik Kurumu Toplam (Milyon tl)	Tedavi (Milyon tl)	İlaç (Milyon tl)	Bir önceki yıla göre ilaç harcamalarındaki değişim (%)
2012	43.506	29.206	14.300	
2013	49.181	33.508	15.673	9,6
2014	53.837	36.295	17.542	11,9
2015	59.411	40.371	19.040	8,5
2016	68.048	46.457	21.592	13,4
2017 (Tahmini)	77.120	51.555	25.565	18,4
2018 (Tahmini)	83.911	54.846	29.065	13,7

Kaynak: (Maliye Bakanlığı, 2017: 256).

Çizelge 3.3'ten de görüleceği üzere, ilaç harcama miktarı yıllara göre düzenli bir şekilde artmıştır. Buna göre 2012 yılından 2018 yılına kadar geçen süre içerisinde ilaç harcamaları iki katından daha fazla bir miktarda artmıştır.



Şekil 3.3. Sosyal Güvenlik Kurumu bütçesi içerisinde tedavi ve ilaç harcamalarına ayrılan toplam miktarın yüzdelik dağılımı

Kaynak: (Maliye Bakanlığı, 2017: 256).

İlaç endüstrisinde son yıllarda yaşanan gelişme ve ilerlemeler tıp alanına ve toplum sağlığına olumlu etkiler getirmiştir. Öte yandan, küresel pazara arz edilen ilaç çeşitliliği ve sayısının artmış olması da ülkelerin sağlık harcamalarında önemli artışı beraberinde getirmiştir (Top ve Tarcan, 2004). Bu artışları tamamen zararlı veya tamamen faydalı olarak nitelendirmek pek mümkün değildir (Yardan ve diğerleri, 2016). Harcamalar hem toplumun yaşam süresine pozitif etkiler yaratmakta hem de ülkenin ekonomisine bir yük getirmektedir (Akar, 2014).

3.3. Türkiye’de İlaç Piyasası

İlaç sektörü, üretim faaliyetleri ile insan hayatını etkileyen bir sektördür. Hem pazar hacmi hem de ticari kapasitesi ile ilaç sektörü, ekonominin de önemli bir sektörü arasındadır (Petrol-İş Araştırma, 2010). İnsan sağlığını doğrudan etkilediği için ilaç sektörü kamu denetiminde olmak zorundadır. Nitekim ülkemizde devlet, ilaç reçete etme koşullarına, ilaç fiyatlarına ve tüketicilerin ilaç satın alma imkânlarına müdahale etmektedir.

Türkiye ilaç piyasası 1920 ve 1950 yılları arasında büyük oranda ithalata dayalı bir politika izlemiştir. Dönem içerisinde sınırlı sayıda ilaç üretimi yapılmıştır. Türkiye ilaç sektöründe 1950’li yıllarda önemli gelişmeler olmuştur. Özellikle 1954 yılında yabancı sermayeyi teşvik etmek amacıyla çeşitli kolaylıklar sağlanmıştır. Bu sayede ülke içerisinde yabancı sermayenin yatırımları ile birlikte ilaç sektörü önemli bir gelişim göstermiştir (Şemin, 1993).

Türkiye ilaç sektöründe net bir şekilde ithalatçı ülkeler arasında yer almaktadır (Kaya, 2016: 15). Türkiye ilaç piyasası, 1950’lerden günümüze kadar yabancı sermayelerin doğrudan veya dolaylı hâkimiyetinde olmuştur. Bu süreç içerisinde yerli üreticilerin bir kısmı yabancı sermayeli ortaklar ile üretime devam etmiş geri kalan üreticiler ise zamanla üretim yapamaz hale gelmiştir (Şemin, 1993).

Türkiye ilaç sektörü 1990’lı yıllardan bu yana büyüme eğilimi göstermiştir. Özellikle 2001’den sonra devletin kamu hastanelerine ilaç tedarikinden çekilmesi ve SSK ilaç fabrikasının kapatılması ilaç pazarında özel sektörün etkinliğini artırmıştır (Petrol-İş Araştırma, 2010). İlaç sektöründe 2003 yılında uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm

Programı (SDP) ile beraber önemli gelişmeler yaşanmıştır. 2014 yılında ham maddede KDV %18'den %8'e düşürülmüştür (Kaya, 2016: 15).

Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı 2015 yılında ilaç sektörünün mevcut kapasitesini artırmak ve sektörün daha verimli çalışmasını sağlamak amacı ile 2015-2018 yıllarını kapsayan Türkiye İlaç Sektörü Belgesi ve Eylem Planı'nı hayata geçirmiştir. Bu plan içerisindeki önemli hedefler arasında ilaç sektörünün mevcut durumun analiz edilmesi ve Türkiye ilaç sektörünü uluslararası alanda rekabet edebilecek bir düzeye getirilmesi yer almaktadır (Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, 2015).

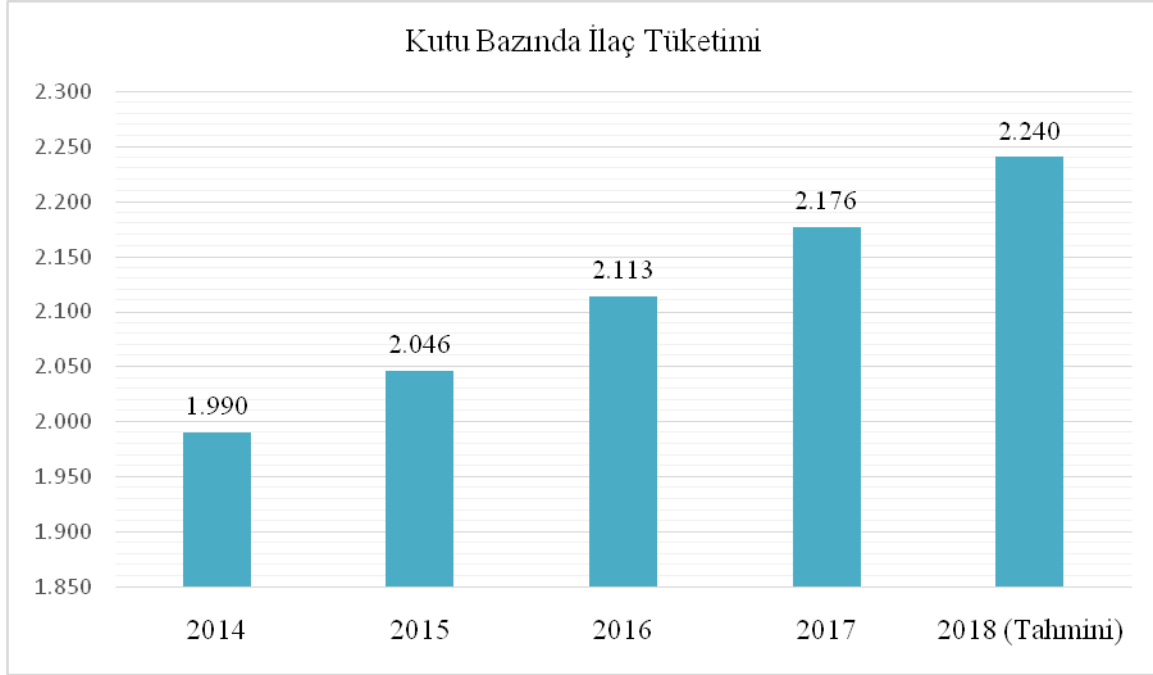
Türkiye ilaç sektörü, katma değeri yüksek olan sektörler arasında yer almakla beraber, ilaç miktar ve çeşitlilik açısından da üretim ve ihracat olanaklarına sahip bir ülkedir. Türkiye ilaç sektöründe uluslararası kural, ilke ve standartlar uygulanmaktadır. Ülkemiz, ilaç üretimi açısından Avrupa Birliği (AB) ülkeleri ile rekabet edebilir bir düzeye gelmiştir. İlaç üretiminde özel altyapı ve teknoloji gerektiren ürünler haricinde diğer bütün ürünler üretilebilmektedir (BSTB, 2015: 16). Türkiye ilaç piyasasında yabancı ve çok uluslu firmalar ile patent anlaşmaları ile üretim yapan yerli firmalar bulunmaktadır (Top ve Tarcan, 2004).

Çizelge 3.4. Türkiye ilaç pazarı

Yıl	Harcama Miktarı (tl)	Bir Önceki Yıla Göre Artış (%)
2014	14.598.129.693	—
2015	16.866.775.124	15,5
2016 (Tahmini)	22.005.000.000	30,4

Kaynak: (Türker ve Beşik, 2016: 74).

Türkiye ilaç pazarı 2014 yılında dünya sıralamasında on yedinci sırada yer alırken 2016 yılında ise bir basamak yükselerek on altıncı sırada yer almıştır (Türkiye Eczacılar Birliği, 2016; Kaya, 2016: 15).



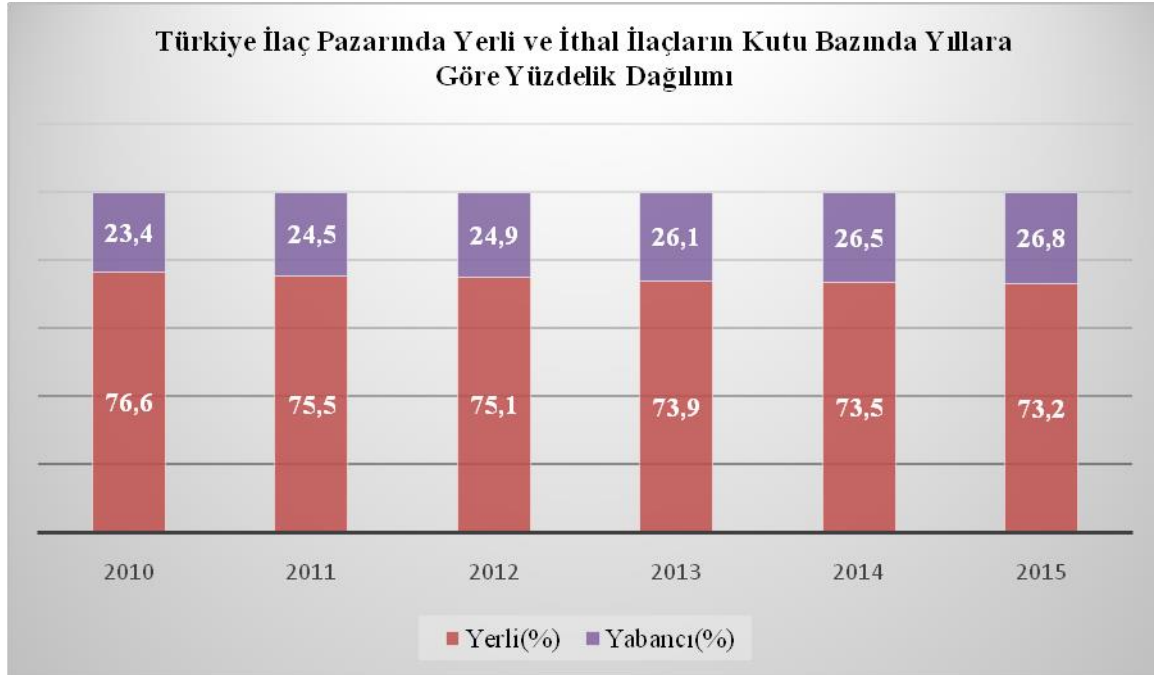
Şekil 3.4. Kutu bazında ilaç tüketimi

Kaynak: (SB, 2016: 81; SB, 2017: 127).

Şekil 3.4'ten de görüleceği üzere kutu bazında ilaç tüketiminde düzenli bir artış söz konusudur.

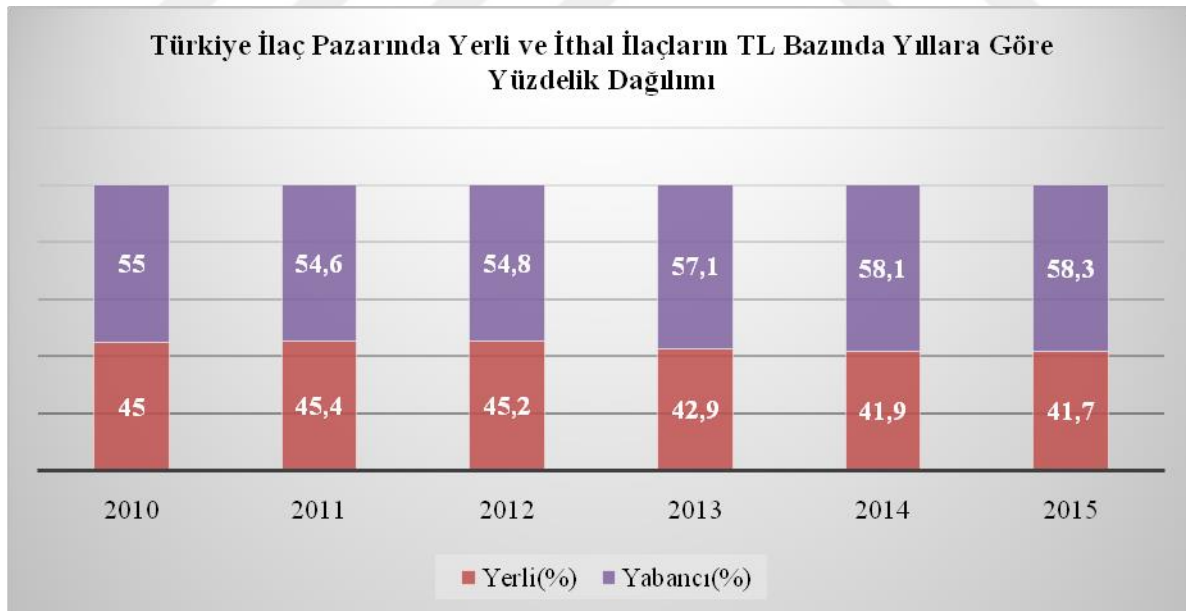
Türkiye ilaç piyasası, katma değeri yüksek ve ileri düzey teknoloji gerektiren ürünleri yeteri kadar üretememesinden dolayı ihracatın ithalatı karşılama oranı düşüktür. Bu durum, ilaç sektöründe dış ticaret açığının artmasına neden olmaktadır. Türkiye’de tüketilen ilaçların kutu bazında %73,2’si değer bazında %41,7’si yerli üretimden karşılanmaktadır. Kutu bazında satışların çoğunluğu yerel üretimden yapılırsa da, ithal edilen ürünlerin satış fiyatının yüksek olmasından dolayı değer bazında ithalat daha ağır basmaktadır. Bu durum da dış ticaret açığına sebebiyet vermektedir (BSTB, 2015).

Sağlık Bakanlığının 2018 bütçe sunumunda ilaçta olan cari açığı kapatmak için yerelleşme çalışmaları başlatılmıştır. Bu kapsamda ilk etapta 700 milyon tl’lik 202 kalem ithal ürün ardından 2,2 milyar tl’lik 375 ithal ürün yerelleştirme kapsamına alınmıştır.



Şekil 3.5. Türkiye ilaç pazarında yerli ve ithal ilaçların kutu bazında yıllara göre yüzdelik dağılımı

Kaynak: (Türker ve Beşik, 2016: 81).



Şekil 3.6. Türkiye ilaç pazarında yerli ve ithal ilaçların tl bazında yıllara göre yüzdelik dağılımı

Kaynak: (Türker ve Beşik, 2016: 81).

Türkiye ilaç piyasasındaki yerli ve yabancı ilaçların tutar ve kutu bazındaki dağılımlarına bakıldığında son altı yıllık verilere göre yerli ilaçların kutu ve tutar dağılımlarında az da olsa bir azalma görülürken, yabancı ilaçların kutu ve tutar dağılımlarında ise az da olsa bir artış görülmektedir. Türkiye ilaç pazarındaki yerli ilaçların kutu bazındaki oranı %73,2 iken yabancı ilaçların oranı %26,8'dir. Buna karşın yerli ilaçların tl bazındaki piyasa değerinin oranı %41,7 iken yabancı ilaçların tl bazındaki piyasa değeri %58,3'tür. Bu verilere göre yurt dışından temin edilen ilaçların fiyatın yüksek olduğu söylenebilir.

3.3.1. İlaç Firmaları

Türkiye ilaç pazarında 2014 yılı itibari ile faaliyet gösteren yaklaşık 541 adet girişim bulunmaktadır. Bu girişimlerin çoğu İstanbul, Kocaeli ve Tekirdağ illerinde bulunmaktadır (BSTB, 2015). İlaç sektöründe üretim yapan firma sayısı 71 iken bu firmaların elli altısı yerli firmalardan oluşmaktadır. İlaç üretim tesis sayısında ise altmışı yerli olmak üzere toplam 77 adet tesis bulunmaktadır. Küresel ilaç pazarında en büyük paya sahip olan on ilaç üreticisinin tamamı Türkiye pazarında yer almaktadır. İlk üç sırada yer alan Novartis, Pfizer ve Sanofi ilaç şirketleri Türkiye'de üretim yapmaktadır. Öte yandan bazı küresel firmalar organizasyon yapılarında Türkiye'yi üretim veya satış alanında bölgesel merkez olarak konumlandıkları gözlenmektedir (Kaya, 2016: 17).

Çizelge 3.5. Türkiye'de 2014 ilaç sektöründe üretim yapan firma sayısı ve ilaç üretim tesisi firma sayısı dağılımları

	Firma Sayısı	İlaç Üretim Tesisi
Yerli	56	60
Yabancı	15	17
Toplam	71	77

Kaynak: (BSTB, 2015: 18).

Çizelge 3.5'ten de görüleceği üzere Türkiye ilaç sektöründe ilaç üretim tesisi sayısı ve ilaç üretimi yapan firma sayısı karşılaştırıldığında yerli firmaların sayısı yabancı firmaların sayısından fazladır. Ancak pazar payı açısından yabancı firmaların payı yerli firmaların payından daha fazladır.

Çizelge 3.6. Türkiye ilaç pazarındaki ilk 10 firma

Firma Sıra	2015 TL	Pazardan Alınan Pay (%)
Novartis	1.036.485.192	6,1
Abdi İbrahim	1.028.847.335	6,1
Pfizer	738.972.263	4,4
Sanofi	711.712.884	4,2
Bayer	692.557.127	4,1
Bilim	551.212.787	3,3
GlaxoSmithKline	532.852.093	3,2
Astrazeneca	497.230.285	2,9
Eastpharma	479.325.612	2,8
Roche	446.639.192	2,6
İlk 10 firma toplamı	6.715.834.771	39,8

Kaynak: (Türker ve Beşik, 2016: 82).

Türkiye ilaç pazarına hâkim firmalara bakıldığında Çizelge 3.6'dan da görüleceği üzere Novartis, Bayern, Pfizer, GlaxoSmithKline ve Roche gibi küresel pazarda da en önemli paya sahip olan firmalar yer almaktadır. Bu verilerden de anlaşılabacağı üzere Türkiye ilaç pazarı büyük yabancı firmalar için cazip bir pazardır.

3.3.2. İlaç Fiyatlarında Düzenlemeler

İlaç sektörü farklı kriterlere göre sınıflandırılan ürünlerden oluşmaktadır. Sınıflandırmaya göre ilaçlar; reçeteli ilaç, reçetesiz ilaç, orijinal ilaç, jenerik ilaçlar gibi isimler almaktadır (Karakoç, 2005). Reçeteli ilaçlar hekim uzmanlığında kişiye özel olarak yazılan ilaçlardan oluşmakta iken, reçetesiz ilaçlar ise kişilerin doğrudan eczanelerden satın aldıkları ilaçlardan oluşmaktadır.

Orijinal ilaç, geliştirildiği firma tarafından patenti alınarak pazara sunulan ilk ürün olarak adlandırılmaktadır (Kaya, 2016: 11). Orijinal ilaçlar uzun süren klinik araştırmalar sonucunda ortaya çıkan ve belirli bir hastalık üzerinde olumlu bir etki yaptığı kanıtlanan ürünlerdir. Ayrıca orijinal ilaçlar, daha önce herhangi bir benzeri bulunmayan ürünlere verilen uluslararası bir terimdir (Sağlık Bakanlığı, 2017: 201). Jenerik ilaçlar ise referans ilaçlar veya orijinal ilaçlar ile aynı özellikleri bulunan, hasta üzerinde aynı tedaviyi sağlayan ve referans ilaçların patent süreleri bittikten sonra piyasaya satış için sunulan ürünlerdir. Jenerik ilaç, orijinal ilaç ile aynı kalite, güvenilirlik ve etkinlikte olmalıdır. Jenerik ilaçlar, araştırmacı firma tarafından geliştirilerek piyasaya sunulan orijinal ilaçlar baz alınarak üretilir (İskit, 2014).

Türkiye ilaç sektöründe referans fiyatlandırma sistemi uygulanmaktadır. Referans fiyat, referans olarak seçilen AB ülkeleri veya üyelik süreci devam eden ülkeler arasında ürünün ruhsatlı ve piyasada olan referansının iskonto hariç en düşük resmi depocuya satış fiyatı anlamına gelmektedir. AB üyeleri arasından belirlenen referans ülkeler; Fransa, İspanya, İtalya, Portekiz ve Yunanistan'dır. Referans fiyat para birimi olarak Avro kullanılır. İlaç fiyatları belirlenirken 2007 tarihli ve 2007/12325 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile yürürlüğe konulan Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar'ın 2. maddesi gereğince AB üyeleri arasından en az 5, en fazla 10 ülke referans ülke olarak Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenip bir tebliğ ile duyurulmaktadır. En geç iki ay öncesinden ilan edilmek şartı ile belirlenen referans ülkeler değiştirilebilmektedir (BSTB, 2015: 52).

Türkiye'de ilaçların fiyatları Sağlık Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde; Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı temsilcilerinin katılımıyla Fiyat Değerlendirme Komisyonu oluşturularak belirlenmektedir (BSTB, 2015: 52).

3.4. Türkiye'de Aile Hekimliği

Ülkemizde aile hekimliği 1961 yılında yürürlüğe konulan 224 sayılı Yasa ve 09.12.2004 tarihli "Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun"a göre yürütülmektedir (Algın ve diğerleri, 2004). Aile hekimliği uygulaması, SDP'nin yürürlüğe girmesi ile gerçek anlamda planlanmış ve 2004 yılında Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

Düzce'de pilot uygulama olarak 2005 yılında başlatılmıştır. Düzce'nin pilot il olarak uygulamaya konulmasına müteakip 2016 yılında on il daha pilot il olarak denenmiştir. Türkiye'deki tüm illerin aile hekimliğine geçiş yılı ise 2010 yılı olmuştur (Turhan, 2014: 36).

Türkiye sağlık sistemi içerisinde aile hekimliği için pratisyen hekimlerin SB'de eğitim almaları gerekmektedir. Aile hekimliği uzmanlığı için ise pratisyen hekimlerin, tıpta uzmanlık sınavı ile aile hekimliği kliniklerini kazanması ve üç yıl süren uzmanlık eğitimlerini bitirmeleri gerekmektedir (Sayılır, 2016: 4).

Türkiye aile hekimliği sisteminde her birey aile, hekim, coğrafya veya başka bir koşul ile ilişkili olmaksızın arzu ettiği aile hekimliğine kaydolabilmektedir. Aile hekimi sözleşmeli olarak çalışmaktadır. Aile hekimi, kendisine kayıtlı olan kişi sayısına göre ücretlendirilmektedir (Aksakoğlu ve Giray, 2007).

3.4.1. Aile Hekimliği

Dünya Sağlık Örgütü aile hekimliğini “Kendisine bağlı olan topluma yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, birinci basamak sağlık hizmeti veren, temel tıp eğitiminden sonra, konusunda en az iki yıl eğitim görmüş tıp doktorudur” şeklinde tanımlamaktadır (Akdağ, 2004: 36). Bir başka tanıma göre aile hekimliği, hasta ve hekim arasındaki ilişkinin olumlu yönde geliştirilmesine olanak tanıyan bir tıp disiplini (Parchman ve Burge, 2004).

Aile hekimi (AH), ailedeki tüm fertlerin hekimidir. Dolayısıyla, kişisel koruyucu sağlık hizmetlerinin yanı sıra ayakta ve evde sağlık bakım hizmetleri de bu kapsama dâhildir (Tengilimoğlu, Işık ve Akbolat, 2011: 155). Yukarıdaki tanımlara ek olarak, anne karnındaki fetüs de dahil olmak üzere ailedeki tüm fertlerin genel sağlığı, rahatsızlıkları ve hastalıklarından sorumludur (Solak, 2010).

Aile hekimleri hastalığın ortaya çıkmasını önlemek amacıyla koruyucu sağlık hizmeti verir. Bu kapsamda düzenli sağlık taramalarını gerçekleştirir. AH, sağlık ile ilgili konularda danışmanlık hizmeti de sunmaktadır. Aile hekimi, kişinin sağlık sorununa çözüm arayan ve onlara sorunları ile ilgili yol gösteren hekimdir. Aile hekimleri kendilerine bağlı olan kişilerin genel sağlıklarının korunmasından ve hastalık hallerinde tedavi edilmelerinden birinci derecede sorumlu hekimlerdir (Turhan, 2014: 8-9).

Aile hekimliği, aile fertlerinin ikamet ettikleri yere yakın ve kolayca ulaşılabilir konumdadır. AH, hizmet verdiği toplumu her yönüyle tanır; aile, çevre ve iş ilişkilerini değerlendirir. AH, ailedeki tüm fertlerin genel sağlık vaziyetlerini ve yaşam koşullarını bilir. Dolayısıyla tedavi ve koruyucu sağlık hizmetlerinin bu bireylere nasıl verilebileceğini en iyi bilen kişidir (Ağdemir, 2012).

Bireyler kendi istekleri doğrultusunda AH'yi seçme ve değiştirme özgürlüğüne sahiptir. Burada önemli olan hekim ve kişi arasındaki ilişkinin her iki taraf için de istenilen şekilde sürdürülebilmesidir (Sağlık Bakanlığı, 2004: 190).

3.4.2. Aile Hekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde 24.11.2004 tarihli ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununun 8. maddesine göre belirlenmiştir. Genel olarak aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumlulukları aşağıda özetlenmiştir (Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, 2010):

- Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunmak veya kişiler ile iletişime geçmek.
- Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, lohusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adölesan (ergen), erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapmak.
- Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek.
- Periyodik sağlık muayenesi yapmak.
- Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını güncellemek.

Aile hekimlerinin görev, yetki ve sorumluluklarının tamamına EKLER bölümünde yer verilmiştir.

3.4.3. Aile Hekimin Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamalarındaki Özel Rolü

Aile hekimliği, sağlık hizmetlerine ulaşmada ilk başvuru yeridir. Bir başka ifade ile giriş kapısıdır (Dikici ve diğerleri, 2007). Aile hekimlerinin birinci basamak sağlık kurumlarında çalışmalarından dolayı birçok avantajları bulunmaktadır. Bu avantajlar arasında hastalara yeterice zaman ayırma, tedavilerini detaylı olarak düzenleme, onları uzun süre takip etme ve değerlendirme yer almaktadır. Aile hekimleri bu avantajlarından dolayı AİK'ye önemli katkılar sağlamaktadır (Akıcı ve Kalaça, 2013: 12). Sağlık hizmeti sunan bazı kurumlar yaş, cinsiyet, hastalık ve tanıya bağlı bir takım sınırlamalar getirerek

hizmetlerine devam edebilmektedirler. Oysa aile hekimliği yaş, cinsiyet, ırk, din, hastalık gibi herhangi bir sınırlama koymadan bir genel tıp hekimi olarak herkese sağlık hizmeti vermekle yükümlüdür (Turhan, 2014: 15). Aile hekimi, hastanın rahatsızlığını değerlendirirken fiziksel, ruhsal ve sosyal özelliklerini de göz önüne alır (Söyleyici, 2010).

Hekimler, AİK'nin en önemli paydaşı durumundadır. Bu önem hekimlerin, hastalara tanı koyması, onların tedavilerini düzenlenmesi ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi süreçlerindeki uzmanlıklarından kaynaklanmaktadır. Hasta başı tedavi düzenleme ve yönetme süreci ise hekimlerin AİK ile ilgili en önemli sorumluluğudur. DSÖ tarafından ele alınan bu süreç, aşağıdaki gibi özetlenebilir (Akıcı ve Uzuner, 2013: 37):

- Hasta rahatsızlığının konulması ve teşhisi
- Tedavi amaçlarının belirlenmesi
- Etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış tedavinin seçilmesi
- İlaç dışı tedavilerden bahsedilmesi (yeterli ve dengeli beslenme, sigara içmeme, egzersiz yapma vb.)
- İlaçla tedavi gerekli ise hastaya reçetenin yazılması
- Hastanın tedavisi ve kullanacağı ilaçları hakkında açık ve anlaşılır bir üslup ile bilgilendirilmesi
- Tedavi başarısını görmek için hastanın izlenmesi

Aile hekimliği, ülkemizde yeterince kabul görmemiş, benimsenmemiş olsa da hala insan sağlığı açısından çok önemli bir yere sahiptir. Aile hekimliği uygulaması AİK'yi doğrudan etkilemektedir. Keza kullanılan ilaçların büyük bir çoğunluğu aile hekimleri tarafından reçete edilmektedir. Toplumun AH'ye olan ihtiyacı daha çok ilaç reçete etme, aşı yapma, rutin kontroller gibi durumlarda ortaya çıkmaktadır. İlacı biten veya en ufak bir şikayat anında bile aile hekimine başvurup ilaç talebinde bulunma en çok görülen hatalar arasındadır. Bu durum birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Örneğin, daha önce başka bir hekim tarafından muayene edilen bir hastaya teşhis konulduktan sonra verilen ilaç başka bir hekim tarafından sırf ilacı bittiği için tekrar reçeteleme edildiğinde ortaya AOİK sorunu çıkar. Çünkü hasta bu ilaçları daha önce kullanmış olsa bile bu AİK temeline ters bir durum oluşturur. Burada aile hekimlerine büyük bir sorumluluk düşmektedir. Aile hekimlerinin kendilerine başvuru yaptıkları hastaların kendi sorumluluklarında olduklarını ve onlara verecekleri bilgiler ile hastaları doğrudan etkileyebileceklerini unutmamalıdır.

Sonuç olarak aile hekimliği, ilaç politikalarını, ilaç kullanım miktarını ve ilacın doğru kullanış şeklini doğrudan etkilemektedir.

3.4.4. Aile Hekimleri ile İlgili Sayısal Veriler

Çizelge 3.7. Aile hekimlerine yapılan harcama miktarı

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018 (Tahmini)
Aile Hekimliği (Milyon tl)	3.570	3.973	4.421	4.766	5.573	6.350	6.885
Bir önceki yıla göre artış (%)	—	11,3	11,8	7,8	16,9	13,9	8,4

Kaynak: (Maliye Bakanlığı, 2017: 256).

Çizelge 3.7’den de görüleceği üzere aile hekimlerine yapılan harcama miktarı yıllara göre düzenli bir artış göstermiştir. 2012 yılından 2018 yılına dek aile hekimlerine yapılan harcama miktarı %92,9’luk bir artış göstermiştir.

Çizelge 3.8. Yıllara göre aile hekimliği birimi ve aile sağlığı merkezi sayısı

	2012	2013	2014	2015	2016
Aile Hekimliği Birimi	20.811	21.175	21.384	21.696	24.428
Aile Sağlığı Merkezi	6.660	6.756	6.829	6.902	7.636

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2017: 127).

Çizelge 3.9. Aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus, 2016

İstanbul	3.395
Batı Anadolu	3.335
Doğu Marmara	3.306
Güneydoğu Anadolu	3.294
Ortadoğu Anadolu	3.246
Akdeniz	3.236
Ege	3.227
Doğu Karadeniz	3.199
Batı Marmara	3.193
Batı Karadeniz	3.178
Orta Anadolu	3.134
Kuzeydoğu Anadolu	3.011
Türkiye	3.267

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2017: 128).

Çizelge 3.10. İllere göre aile hekimliği birimi ve aile hekimi başına düşen nüfus sayısı, 2016

İl Adı	Aile Hekimliği Birim Sayısı	Aile Hekimi Başına Düşen Nüfus
Adana	676	3.257
Adıyaman	193	3.163
Afyonkarahisar	230	3.107
Ağrı	163	3.327
Amasya	112	2.914
Ankara	1.566	3.414
Antalya	692	3.365
Artvin	59	2.849
Aydın	330	3.237
Balıkesir	386	3.099
Bilecik	71	3.075
Bingöl	88	3.063
Bitlis	108	3.159
Bolu	100	2.999
Burdur	88	2.970
Bursa	859	3.378
Çanakkale	159	3.269
Çankırı	54	3.405
Çorum	182	2.900
Denizli	325	3.094
Diyarbakır	490	3.415
Edirne	127	3.163
Elazığ	187	3.095
Erzincan	73	3.096
Erzurum	271	2.812
Eskişehir	276	3.061
Gaziantep	643	3.070
Giresun	139	3.198
Gümüşhane	49	3.511
Hakkari	64	4.185

Çizelge 3.10. (devam) İllere göre aile hekimliği birimi ve aile hekimi başına düşen nüfus sayısı, 2016

Hatay	449	3.464
Isparta	151	2.830
Mersin	560	3.168
İstanbul	4.361	3.395
İzmir	1.257	3.360
Kars	96	3.019
Kastamonu	110	3.427
Kayseri	417	3.259
Kırklareli	113	3.112
Kırşehir	78	2.948
Kocaeli	550	3.329
Konya	678	3.188
Kütahya	194	2.957
Malatya	241	3.242
Manisa	433	3.226
Kahramanmaraş	358	3.108
Mardin	228	3.492
Muğla	290	3.185
Muş	115	3.535
Nevşehir	97	2.999
Niğde	115	3.056
Ordu	219	3.427
Rize	104	3.183
Sakarya	280	3.489
Samsun	386	3.357
Siirt	104	3.103
Sinop	65	3.161
Sivas	196	3.170
Tekirdağ	293	3.320
Tokat	196	3.075
Trabzon	257	3.033
Tunceli	28	2.935
Şanlıurfa	567	3.423
Uşak	122	2.940
Van	348	3.161
Yozgat	141	2.986
Zonguldak	182	3.283
Aksaray	124	3.199
Bayburt	28	3.220
Karaman	81	3.032
Kırıkkale	92	3.022
Batman	171	3.374
Şırnak	143	3.383
Bartın	70	2.748
Ardahan	36	2.732
Iğdır	64	3.012
Yalova	71	3.404
Karabük	75	3.231
Kilis	44	2.973
Osmaniye	173	3.018
Düzce	117	3.166
Türkiye	24.428	3.267

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2017: 137-138).

Çizelge 3.11. Yıllara göre aile hekimliğine yapılan toplam müracaat sayısı

	2012	2013	2014	2015	2016
Aile Hekimliği	221.672.029	212.318.024	214.120.750	208.538.951	205.549.931
Bir Önceki Yıla Göre Artış (%)	—	-4,2	0,8	-2,6	-1,4

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2017: 142).

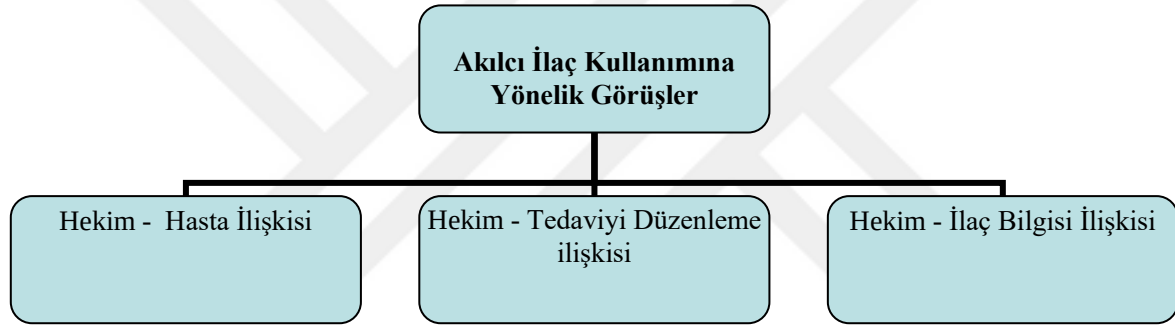


4. YÖNTEM

4.1. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Bu araştırmada betimsel araştırma modeli kullanılarak, problem ve problem ile ilgili durumları, değişkenleri ve değişkenler arasındaki ilişkiler ortaya konulmaya çalışılmıştır. Buna göre Şekil 4.1’deki araştırma modeli oluşturulmuştur.

Araştırmaya konu olan aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımlarına yönelik görüşleri; Hekim - Hasta İlişkisi, Hekim - Tedaviyi Düzenleme İlişkisi ve Hekim - İlaç Bilgisi İlişkisi olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır.



Şekil 4.1. Akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşler içerisinde yer alan boyutlar

Yukarıda yer alan akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşler içerisinde yer alan boyutlar aşağıda açıklanmıştır.

Hekim - Hasta İlişkisi Boyutu: Tedavi düzenleme öncesinde ve sonrasında hekim ve hasta arasında oluşan iletişimin tedavinin başarısına olan etkisini ifade eder. İletişimin doğru yapılabilmesinde alanındaki tıp uzmanlığı ve hastaya göre bilgi asimetrisinin fazla olması sebebi ile hekime daha fazla sorumluluk düşmektedir. Hekim, kendisine başvuran hastaya hem hastalığı hem de tedavisi için gerekli olan bilgileri en iyi şekilde anlatmakla yükümlüdür.

Hekim - Tedaviyi Düzenleme İlişkisi Boyutu: Tedavi düzenleme esnasında hekimin bilgi ve becerisinin tanı koyma ile tedavinin sonucuna olan etkisini ifade etmektedir. Düzenlenen tedavinin bir veya birden fazla amacı bulunmaktadır. Bu amaç/amaçların ne olduğu ve bu amaç/amaçların nasıl başarıya ulaşacağı hekimin bilgisine ve alacağı kararlara bağlı olmaktadır. Dolayısıyla tedavi sürecinde ilaç kullanımının gerekli olup

olmadığına karar vermek, ilaç kullanımı gerekli ise ilaçların tedaviye olan uygunluğunu, güvenilirliğini ve etkinliğini dikkate alarak ilaç tercihi yapmak hem tedavinin başarısını hem de belirlenen amaç/amaçlara ulaşabilmeyi doğrudan etkilemektedir.

Hekim - İlaç Bilgisi İlişkisi Boyutu: Hekimin, ilacın etki gücü ile ilgili bilgilere hâkim olmasının yanı sıra hastanın kişisel özelliklerine ve hastaya uygulanacak olan tedavinin gerekliliklerine en uygun olan ilacı seçmesini ifade eder. Hekimin ilaç bilgisinin düzeyi ve ilaç seçiminde hastanın kişisel özelliklerini göz önünde bulundurması tedavinin başarıya ulaşmasında önemli bir role sahiptir. Hekimin ilaç seçiminde kişiye uygunluk temel kriter olsa da hastada istenmeyen veya öngörülemeyen bir etki yaratması ihtimali de bulunmaktadır. Dolayısıyla mevcut ilaç seçenekleri arasında daha önce güvenilirlik açısından tecrübe edilmiş olan ilaçların seçilmesi hastaların yararına olacaktır.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin tespit edilmesine yönelik aşağıdaki hipotezler sistematığe dökülmüş ve doğruluğu araştırılmıştır:

H₁: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₂: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile yaşları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₃: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile mesleki tecrübeleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₄: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile reçetede ortalama yazılan ilaç kalem sayısı arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₅: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile mezuniyet sonrası meslekleri ile ilgili alınan eğitimler arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₆: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile akılcı ilaç kullanımına yönelik alınan eğitimler arasında anlamlı bir farklılık vardır.

H₇: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile günlük muayene edilen hasta sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H₈: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile muayene edilen hastalara reçete yazılma yüzdeliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Bitlis ilinde hizmet veren aile hekimleri oluşturmaktadır. 2018 yılında Bitlis ilinde hizmet veren aile hekimi sayısı 90'dır. Örneklemi ise kolaylı örnekleme yöntemi oluşturacaktır. Kolaylı örnekleme yöntemi, araştırmacının rahatlıkla ulaşabileceği katılımcılardan oluşur.

Bu araştırmada evrenin tamamına ulaşılmıştır. Ulaşılan 90 aile hekiminin 15'i çeşitli sebeplerden dolayı araştırmaya katılmamıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 75 aile hekimine anket uygulanmıştır. Ancak, araştırmaya katılan bir aile hekiminin anket formunu belirlenen kriterlere göre doldurmadığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak, toplam 74 adet anket istatistiksel analize tabi tutulmuştur.

4.3. Araştırmanın Ölçme Araçları

Çalışmada, verilerin elde edilmesi noktasında anket yöntemine başvurulmuştur. Anketlerin uygulanmasında ise yüz yüze anket tekniğinden yararlanılmıştır. Bu doğrultuda hazırlanan anket formuna EKLER bölümünde yer verilmiştir. Hazırlanan anket formunun birinci bölümünde yer alan demografik özellikler ile literatürde yer alan açıklamalar doğrultusunda geliştirilen akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ortaya koyan anket formundan faydalanılmıştır. Anket uygulaması sonucunda elde edilen verilerin çözümlenmesinde SPSS 24 paket programından (Statistical Package for the Social Science) yararlanılmıştır. Elde edilen veriler ise ilgili bölümlerde tablolaştırılarak sunulmuştur.

Toplam 42 sorudan oluşan akılcı ilaç kullanımına yönelik aile hekimlerinin görüşlerini ortaya koyan anket formunda iki bölüm yer almaktadır.

Birinci Bölüm: Demografik (Kişisel) Bilgiler

Birinci bölümde yer alan kişisel bilgi formunda ankete katılanların cinsiyet, yaş, mezun olunan tıp fakültesi, mesleki unvan, mesleki tecrübe, günde ortalama muayene edilen hasta sayısı, hastalara yazılan reçete miktarının yüzdelik dilimi, reçetede ortalama yazılan ilaç miktarı, mezuniyet sonrası mesleğe yönelik alınan eğitim, akılcı ilaç kullanımına yönelik alınan eğitim, akılcı ilaç kullanımına yönelik alınan eğitimlerin nereden alındığı ve bu eğitimlerin yeterliliği ile ilgili bilgiler yer almaktadır. Bunun yanında bu kısımda şu sorular yer almaktadır: İlaç reçete ederken hastanızın hangi anamnez (Hastanın hastalığı ile ilgili bilgilerinin tümü) bilgilerinden yararlanırsınız?, İlaçlarla ilgili olarak hastayı bilgilendirmede neleri anlatırsınız?, Tedaviyi düzenlerken hastalarınıza hastalığı ile ilgili hangi bilgileri anlatırsınız?, İlaçları seçerken hangi kriterleri dikkate alırsınız? ve Reçeteleme yaparken hangi bilgi kaynaklarından yararlanırsınız? Toplam 17 sorudan oluşan bu kısımda katılımcı sayıları ve yüzdelik dilimleri yer almaktadır.

İkinci Bölüm: Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Görüşler

İkinci bölümde yer alan akılcı ilaç kullanımında aile hekimlerinin rolüne yönelik sorular 25 sorudan oluşmakta olup ölçek içerisinde; 13-20. sorular hekim-hasta ilişkisi boyutunu ortaya koymak için oluşturulmuştur. Bu boyut içerisinde; “Hastaya hastalığını ve nedenlerini anlatır mısınız?”, “Tedavi uygulama gerekçelerini hastaya anlatır mısınız?” ve “Tedavisi ile ilgili verdiğiniz bilgileri hastalarınız anlıyor mu?” gibi ifadeler yer almaktadır. Yine 21-29. sorular hekim-tedaviyi düzenleme ilişkisi boyutu olup ölçek içerisinde “Düzenlenen tedavinin gerçekleştirilebilirliğini dikkate alıyor musunuz?”, “Düzenlenen tedavinin maliyetini dikkate alıyor musunuz?” ve “Aynı hastalığa yakalanmış iki farklı hastaya reçete yazarken aynı ilaçları mı yazıyorsunuz?” gibi ifadeleri kapsamaktadır. 30-37. sorularda yer alan hekim-ilaç bilgisi ilişkisi boyutunda ise “Muayene etmeden, hastanın rahatsızlığına göre ilaç reçete eder misiniz?”, “Hastanın kişisel özellikleri (Yaş, cinsiyet, hamilelik vb.) ilaç seçiminizi etkiliyor mu?” ve “Reçete ettiğiniz ilaçların fiyatlarını biliyor musunuz?” gibi ifadeler yer almaktadır. Söz konusu ifadeler, hiçbir zamandan her zamana doğru şekillenmiştir. Örneğin “Diğer hekimler ilaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor mu?” ölçek ifadesi

için katılımcılar, 1: hiçbir zaman, 2: nadiren, 3: bazen, 4: sıklıkla ve 5: her zaman cevaplarında bulunmuşlardır.

Bu kısmın oluşturulmasında öncelikle konu ile ilgili literatürde yer alan yazın çalışmaları incelenmiştir. Nitekim ilgili alanda pekçok araştırmanın yapıldığı görülerek ölçek geliştirme sürecine girilmiştir. Aile Hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı üzerindeki rolü; “Hekim - Hasta İlişkisi”, “Hekim - Tedaviyi Düzenleme ilişkisi“ ve “Hekim - İlaç Bilgisi İlişkisi” unsurları açısından değerlendirilmiştir. Bu amaçla katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerini ölçebilecek bir dizi anket ifadeleri belirlenmiştir. Bunun yanında, alanında uzman üç kişi (bir Profesör Dr. ile iki Doçent Dr.) ile görüşmeler yapılarak ilgili kişilerin beyanları kısa kısa not edilerek süreç içerisine eklenmiştir. Geliştirilecek ölçek maddelerinin belirlenmesinden sonra ilk aşamada ortaya konan notlar ve uzman beyanlatları çerçevesinde herbir maddenin yazımına geçilmiştir. Toplamda 25 ölçek ifadesi yazılmıştır.

Çizelge 4.1. Akılcı ilaç kullanımında aile hekimlerinin görüşlerini ortaya koyan ölçek maddeleri

Hekim - Hasta İlişkisi
1. Hastaya hastalığını ve nedenlerini anlatır mısınız?
2. Tedavi uygulama gerekçelerini hastaya anlatır mısınız?
3. Tedavisi ile ilgili verdiğiniz bilgileri hastalarınız anlıyor mu?
4. Verdiğiniz bilgileri hastaya tekrarlatıyor musunuz?
5. Yazdığınız ilaçlarla ilgili hastaya bilgi veriyor musunuz?
6. Hastaların özellikle talep ettikleri ilaçları yazar mısınız?
7. Hastalarınızı reçete ettiğiniz ilaçlar hakkında (ilaçları nerede ve nasıl saklanması gerektiği ile kullanım sonrası imha etme süreci) bilgilendiriyor musunuz?
8. Hastalarınıza ve topluma akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgilendirme yapıyor musunuz?
Hekim – Tedaviyi Düzenleme İlişkisi
1. Düzenlenen tedavinin gerçekleştirilmesini dikkate alıyor musunuz?
2. Düzenlenen tedavinin maliyetini dikkate alıyor musunuz?
3. Aynı hastalığa yakalanmış iki farklı hastaya reçete yazarken aynı ilaçları mı yazıyorsunuz?

Çizelge 4.1. (devam) Akılcı ilaç kullanımında aile hekimlerinin görüşlerini ortaya koyan ölçek maddeleri

4. Tedavi için gerekli olan ilaç sayısından daha fazla ilacı reçeteye yazar mısınız?
5. Hastalarınıza ilaç dışı tedavi (diyet, egzersiz, sigara ve alkolden uzak durma vb.) öneriyor musunuz?
6. Daha önce rahatsızlığı için iki(2) kutu ilaç reçete ettiğiniz hastanıza, hastanızın bir(1) kutu ilaç kullanım süresini bitirmesi ve aynı rahatsızlık şikâyeti ile gelmesi halinde tekrar aynı ilacı reçete eder misiniz?
7. Daha önce başka bir hekim tarafından reçete edilmiş olan ilacı, hastayı muayene etmeden tekrar reçete eder misiniz?
8. Tedavinizin sonuçlarını değerlendirebiliyor musunuz?
9. Reçete yazma sürecinden sonra hastanızın durumunu takip ediyor musunuz?
Hekim – İlaç Bilgisi İlişkisi
1. Muayene etmeden, hastanın rahatsızlığına göre ilaç reçete eder misiniz?
2. Hastanın kişisel özellikleri (Yaş, cinsiyet, hamilelik vb.) ilaç seçiminizi etkiliyor mu?
3. Reçete ettiğiniz ilaçların fiyatlarını biliyor musunuz?
4. Sosyal güvencesi olanlarla olmayan hastalara yazdığınız ilaçların seçiminde fark oluyor mu?
5. İlaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor musunuz?
6. Diğer hekimler ilaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor mu?
7. Planladığınız tedavinin amacına en uygun ilacı seçmekte kararsız kaldığınızda meslek grubunuzdaki hekimlere danışır mısınız?
8. İlaçlar ile ilgili politikaları ve mevzuatı takip ediyor musunuz?

Taslak olarak hazırlanan bu maddeler tek tek incelenerek gözden geçirilmiştir. Araştırmanın asıl uygulama aşamasında, aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin tespit edilmesi amacıyla 74 aile hekimi üzerinde uygulanan anket sonucu elde edilen veriler ortaya konmuştur. Bu veriler doğrultusunda çalışmada kullanılan ölçek yapısı iki aşamada incelenmiştir.

Birinci aşamada ölçek ifadelerinin boyutlanabilir düzeyde olup olmadığı ortaya konmuştur. Bu aşamada, faktör analizi alt yapısı içerisinde yer alan “(KMO-Kaiser-Meyer-Olkin) ve “Barlett küresellik testi (Barlett’s test of sphericity)” testleri gerçekleştirilmiştir. Bilindiği üzere, “(KMO-Kaiser-Meyer-Olkin) ve “Barlett küresellik testi (Barlett’s test of sphericity)” testleri, gerçekleştirilecek faktör analizinde ön şart olan örneklem yeterliliği ve ölçek ifadelerinin boyutlanabilir düzeyde olup olmadığının tespitine olanak sağlayan testlerdir. Bu test içerisinde yer alan KMO değerinin 0,50’den büyük olması ve Barlett’s değerini ortaya koyan p değerinin ise 0,05’ten küçük olması kabul edilmektedir. Bu bağlamda KMO-Measure of Sampling Adequacy değerinin;

0.5 – 0.6 arasında olması kötü

0.6 – 0.7 arasında zayıf

0.7 – 0.8 arasında orta

0.8 – 0.9 arasında iyi

> 0.9 ise mükemmel olduğu kabul edilir (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2014: 338).

Buna göre, elde edilen sonuçlar şu şekilde ortaya çıkmıştır:

Çizelge 4.2. Anketin ikinci bölüm sorularının bileşen analizine uygunluk test sonucu

KMO ve Bartlett's Test Sonuçları		
KMO Örneklem Yeterliliği İstatistiği		,876
Barlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare (χ^2)	766,222
	Df	300
	P	,000

Çizelge 4.2’ den de görüldüğü üzere, Barlett küresellik testinin sonucunun istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2= 766,222$; $p<0,05$) olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre, anket ölçeğinde yer alan ifadelerin faktör analizine uygunluğu anlaşılmıştır. Yine, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0,876 olarak hesaplanmış ve erişilen örneklem sayısının yeterli düzeyde olduğu anlaşılmıştır. Araştırmamızda elde edilen bu sonuç ölçeğin “iyi” düzeyde örneklem sahip olduğunu göstermiştir.

İkinci aşamada ise elde edilen veriler doğrultusunda Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) kullanılarak analiz gerçekleştirilmiştir. Bu yöntemde öncelikle çok değişkenli normallik varsayımı ile doğrusallık varsayımı olmak üzere AFA’ nın tüm varsayımları ayrı ayrı kontrol edilir. Buna göre, bu çalışmada temel eksenler yöntemi (principal axis

factoring) analizi kullanılmış ve özdeğeri (Eigenvalues) 1’den büyük olan faktörler dikkate alınmıştır. Bu analiz, oluşturulacak model çerçevesinde, ölçek ifadelerinin güvenilirliğini sağlamak için ifadelerin ankete katılanlar tarafından kaç boyutta algılandığının tespit edilmesi amacıyla yapılmıştır. Söz konusu boyutlamanın ortaya konması amacıyla, öz değerler (eigenvalue) ile birlikte faktör yük değerleri (factor loadings) dikkate alınmıştır.

Direct oblimin tekniğiyle yapılan döndürme işlemi sonrası maddelerin faktör yük değerleri ve ölçek boyutları Çizelge 4.3’ te ortaya konmuştur.

Çizelge 4.3. Akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerin belirlenmesi ölçeği faktör analizi sonuçları

	1.	2.	3.	h ²
Hastaya hastalığını ve nedenlerini anlatır mısınız?	,590			,373
Tedavi uygulama gerekçelerini hastaya anlatır mısınız?	,671			,444
Tedavisi ile ilgili verdiğiniz bilgileri hastalarınız anlıyor mu?	,317			,153
Verdiğiniz bilgileri hastaya tekrarlatıyor musunuz?	,581			,334
Yazdığınız ilaçlarla ilgili hastaya bilgi veriyor musunuz?	,449			,213
Hastaların özellikle talep ettikleri ilaçları yazar mısınız?	,405			,234
Hastalarınızı reçete ettiğiniz ilaçlar hakkında (ilaçları nerede ve nasıl saklanması gerektiği ile kullanım sonrası imha etme süreci) bilgilendiriyor musunuz?	,756			,603
Hastalarınıza ve topluma akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgilendirme yapıyor musunuz?	,530			,338
Düzenlenen tedavinin gerçekleştirilebilirliğini dikkate alıyor musunuz?		,662		,560
Düzenlenen tedavinin maliyetini dikkate alıyor musunuz?		,694		,637
Aynı hastalığa yakalanmış iki farklı hastaya reçete yazarken aynı ilaçları mı yazıyorsunuz?				
Tedavi için gerekli olan ilaç sayısından daha fazla ilacı reçeteye yazar mısınız?		,556		,412
Hastalarınıza ilaç dışı tedavi (diyet, egzersiz, sigara ve alkolden uzak durma vb.) öneriyor musunuz?		,536		,285

Çizelge 4.3. (devam) Akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerin belirlenmesi ölçeği faktör analizi sonuçları

Daha önce rahatsızlığı için iki (2) kutu ilaç reçete ettiğiniz hastanıza, hastanızın bir (1) kutu ilaç kullanım süresini bitirmesi ve aynı rahatsızlık şikâyeti ile gelmesi halinde tekrar aynı ilacı reçete eder misiniz?		,404		,164
Daha önce başka bir hekim tarafından reçete edilmiş olan ilacı, hastayı muayene etmeden tekrar reçete eder misiniz?		,542		,378
Tedavinizin sonuçlarını değerlendirebiliyor musunuz?		,616		,419
Reçete yazma sürecinden sonra hastanızın durumunu takip ediyor musunuz?		,676		,449
Muayene etmeden, hastanın rahatsızlığına göre ilaç reçete eder misiniz?			,625	,390
Hastanın kişisel özellikleri (Yaş, cinsiyet, hamilelik vb.) ilaç seçiminizi etkiliyor mu?				
Reçete ettiğiniz ilaçların fiyatlarını biliyor musunuz?			,642	,491
Sosyal güvencesi olanlarla olmayan hastalara yazdığınız ilaçların seçiminde fark oluyor mu?			,684	,502
İlaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor musunuz?			,622	,394
Diğer hekimler ilaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor mu?			,619	,382
Planladığınız tedavinin amacına en uygun ilacı seçmekte kararsız kaldığınızda meslek grubunuzdaki hekimlere danışır mısınız?			,324	,213
İlaçlar ile ilgili politikaları ve mevzuatı takip ediyor musunuz?			,578	,352
Öz Değerler	5,766	2,976	81,977	
Açıklanan varyans (%)	21,687	14,942	6,297	

Akılcı ilaç kullanımına yönelik aile hekimlerinin görüşlerinin faktörlenebilir düzeyde olup olmadığının tespitini madde bazında ortaya koyan Çizelge 4.3'ten de anlaşılacağı üzere “Aynı hastalığa yakalanmış iki farklı hastaya reçete yazarken aynı ilaçları mı yazıyorsunuz?” ve “Hastanın kişisel özellikleri (Yaş, cinsiyet, hamilelik vb.) ilaç seçiminizi etkiliyor mu?” sorusunun faktör yük değeri .30'un altında olduğu için ölçek içerisinden çıkarılmıştır. Bu işlem sonrası eldeki ölçek maddelerinin tekrardan faktör analizi ortaya konmuş olup yeni yük değerleri ve KMO ve Barlett's test sonuçları şu şekilde ortaya çıkmıştır:

Çizelge 4.4. İkinci bölüm sorularının bileşen analizine uygunluğunun yeni T test sonuçları

KMO ve Bartlett's Test Sonuçları		
KMO Örnekleme Yeterliliği İstatistiği		,870
Barlett Küresellik Testi	Yaklaşık Ki-Kare (χ^2)	720,491
	Df	253
	P	,000

Çizelge 4.4' ten de görüldüğü üzere, yeni Barlett küresellik test sonucunun istatistiksel olarak anlamlı ($\chi^2= 720.491$; $p<0,05$) olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre de anket ölçeğinde yer alan ifadelerin faktör analizine uygunluğu anlaşılmıştır. Yine, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri .870 olarak hesaplanmış ve erişilen örneklem sayısının yeterli düzeyde olduğu anlaşılmıştır. Araştırmamızda elde edilen bu sonuç da ölçeğin “iyi” düzeyde örnekleme sahip olduğunu göstermiştir.

Çizelge 4.5. Akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerin belirlenmesi ölçeği test-tekrar faktör analizi sonuçları

	1.	2.	3.	h^2
Hastaya hastalığını ve nedenlerini anlatır mısınız?	.590			.372
Tedavi uygulama gerekçelerini hastaya anlatır mısınız?	.681			.458
Tedavisi ile ilgili verdiğiniz bilgileri hastalarınız anlıyor mu?	.315			.152
Verdiğiniz bilgileri hastaya tekrarlatıyor musunuz?	.573			.326
Yazdığınız ilaçlarla ilgili hastaya bilgi veriyor musunuz?	.466			.230
Hastaların özellikle talep ettikleri ilaçları yazar mısınız?	.394			.228
Hastalarınızı reçete ettiğiniz ilaçlar hakkında (ilaçları nerede ve nasıl saklanması gerektiği ile kullanım sonrası imha etme süreci) bilgilendiriyor musunuz?	.748			.590
Hastalarınıza ve topluma akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgilendirme yapıyor musunuz?	.548			.348
Düzenlenen tedavinin gerçekleştirilebilirliğini dikkate alıyor musunuz?		.669		.564
Düzenlenen tedavinin maliyetini dikkate alıyor musunuz?		.692		.637
Tedavi için gerekli olan ilaç sayısından daha fazla ilacı reçeteye yazar mısınız?		.528		.372
Hastalarınıza ilaç dışı tedavi (diyet, egzersiz, sigara ve alkolden uzak durma vb.) öneriyor musunuz?		.533		.286
Daha önce rahatsızlığı için iki (2) kutu ilaç reçete ettiğiniz hastanıza, hastanızın bir (1) kutu ilaç kullanım süresini bitirmesi ve aynı rahatsızlık şikâyeti ile gelmesi halinde tekrar aynı ilacı reçete eder misiniz?		.408		.167
Daha önce başka bir hekim tarafından reçete edilmiş olan ilacı, hastayı muayene etmeden tekrar reçete eder misiniz?		.547		.385
Tedavinizin sonuçlarını değerlendirebiliyor musunuz?		.611		.417

Çizelge 4.5. (devam) Akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerin belirlenmesi ölçeği test-tekrar faktör analizi sonuçları

Reçete yazma sürecinden sonra hastanızın durumunu takip ediyor musunuz?		.670		.443
Muayene etmeden, hastanın rahatsızlığına göre ilaç reçete eder misiniz?			.596	.355
Reçete ettiğiniz ilaçların fiyatlarını biliyor musunuz?			.639	.496
Sosyal güvencesi olanlarla olmayan hastalara yazdığınız ilaçların seçiminde fark oluyor mu?			.684	.506
İlaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor musunuz?			.629	.404
Diğer hekimler ilaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor mu?			.635	.404
Planladığınız tedavinin amacına en uygun ilacı seçmekte kararsız kaldığınızda meslek grubunuzdaki hekimlere danışır mısınız?			.351	.239
İlaçlar ile ilgili politikaları ve mevzuatı takip ediyor musunuz?			.570	.343
Öz Değerler	5.560	2.932	1.974	
Açıklanan varyans (%)	24.342	12.763	6.011	

Çizelge 4.5’ den de görüldüğü üzere, “Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Aile Hekimlerinin Görüşlerinin Belirlenmesi” ölçeği üç faktörlü (Hekim - Hasta İlişkisi, Hekim - Tedaviyi Düzenleme ilişkisi ve Hekim - İlaç Bilgisi ilişkisi) yapıdan oluşmakta olup bu yapı toplam varyansın %43.116’ lık kısmını açıkladığı görülmüştür.

Bilindiği üzere, Sosyal bilimlerde yapılan uygulamalarda elde edilen sonuçların toplam varyansı açıklama düzeyinin %40-60 Aralığında olması beklenir (Scherer, Wiebe, Luther ve Adams, 1988). AFA sonucu elde edilen üç faktörlü yapının açıkladığı %24.342’ lik varyans Hekim - Hasta İlişkisi; %12.763 Hekim - Tedaviyi Düzenleme ilişkisi ve %6.011 Hekim - İlaç Bilgisi ilişkisi belirlenen bu aralıkta yer almaktadır. Bu ifadeler yukarıda da ifade edildiği üzere toplam varyansın %43.116’ lık kısmı açıklamaktadır.

Üç faktörden oluşan ölçeğin isimlendirilmesinde, maddelerin içerdiği anlamlar dikkate alınmıştır. Buna göre, birinci boyutta yer alan ifadelerin hekimin hastayı tedavisi ile ilgili bilgilendirmesi, hastanın ilacın kullanımı ve imhası hakkında doğru yönlendirilmesi ve hekim-hasta arasındaki iletişim konuları ile ilgisi bulunduğundan dolayı “**Hekim - Hasta İlişkisi**” olarak isimlendirilmesi kararlaştırılmıştır. Bu boyut içerisinde, “Hastaya hastalığını ve nedenlerini anlatır mısınız?”, “Tedavisi ile ilgili verdiğiniz bilgileri hastalarınız anlıyor mu?” ve “Yazdığınız ilaçlarla ilgili hastaya bilgi veriyor musunuz?” ifadeleri yer almaktadır. Bu ifadeler, hiçbir zamandan her zamana doğru şekillenmiştir.

İkinci boyutta yer alan ifadelerin ise tedavinin gerçekleştirilebilirliği ve maliyeti, hekimin tedavi düzenleme sürecindeki bilgisi ve hekimin tedavi sonuçlarını değerlendirebilmesi konuları ile ilgisi bulunduğundan dolayı “**Hekim - Tedaviyi Düzenleme ilişkisi**” olarak isimlendirilmesi kararlaştırılmıştır. Bu boyut içerisinde, “Düzenlenen tedavinin gerçekleştirilebilirliğini dikkate alıyor musunuz?”, “Daha önce başka bir hekim tarafından reçete edilmiş olan ilacı, hastayı muayene etmeden tekrar reçete eder misiniz?”, “Tedavinizin sonuçlarını değerlendirebiliyor musunuz?” ve “Reçete yazma sürecinden sonra hastanızın durumunu takip ediyor musunuz?” gibi ifadeler yer almaktadır. Bu ifadeler de hiçbir zamandan her zamana doğru şekillenmiştir.

Üçüncü boyutta yer alan ifadelerin ise hekimin ilacın etki gücünü bilmesi, tedavinin gerekliliklerine uygun ilaç miktarı ile seçimi ve hekimin ilaç seçimini etkileyen faktörler konuları ile ilgisi bulunduğundan dolayı “**Hekim - İlaç Bilgisi İlişkisi**” olarak isimlendirilmiştir. Bu boyut içerisinde, “İlaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor musunuz?”, “Hastanın kişisel özellikleri (Yaş, cinsiyet, hamilelik vb.) ilaç seçiminizi etkiliyor mu?” ve “İlaçlar ile ilgili politikaları ve mevzuatı takip ediyor musunuz?” gibi ifadeler yer almaktadır. Bu ifadeler için de hiçbir zaman ile her zamana doğru seçenek belirten ifadeler eklenmiştir.

4.4. Ölçüm Güvenirliliği

4.4.1. Güvenilirlik Katsayısı

Araştırmanın gerçekleştirilmesi amacı ile kullanılan anket formundaki ölçek ifadelerinin güvenilirliklerinin test edilmesinde Cronbach's Alpha tekniğine başvurulmuştur. Bilindiği üzere, güvenilirlik, herhangi bir ölçüme ait elde edilen genel puanların ve ölçeğe ait alt boyutların toplam puanların doğru, sağlam ve güçlülük düzeyini belirlemeye yönelik tahmini değerdir (Şencan, 2015: 15). Test sonucunda elde edilen alfa değeri (α) testin homojenliğinin göstergesi olarak kabul edilir ve ölçek ifadeleri aşağıdaki gibi aralıklandırılır (Tavşancıl, 2006: 29):

Çizelge 4.6. Cronbach's alpha katsayısı için güvenilirlik düzeyleri

$\alpha < 0.50$	Ölçek güvenilir değildir
$0.50 < \alpha < 0.60$	Ölçek düşük düzeyde güvenilirdir
$0.60 < \alpha < 0.70$	Ölçek kabul edilebilir düzeyde güvenilirdir
$0.70 < \alpha < 0.90$	Ölçek iyi düzeyde güvenilirdir
$\alpha > 0.90$	Ölçek çok iyi düzeyde güvenilirdir

Çizelge 4.7. Cronbach's alpha tekniğine ilişkin çözümleme sonuçları

<i>Boyutlar</i>	<i>Cronbach's Alpha Katsayısı</i>	<i>Madde Sayısı</i>
Hekim - Hasta İlişkisi Boyutu	.79	8
Hekim - Tedaviyi Düzenleme ilişkisi Boyutu	.83	8
Hekim - İlaç Bilgisi İlişkisi Boyutu	.75	7
Genel	.87	23

Çizelge 4.7' den de görüldüğü üzere, akılcı ilaç kullanımına yönelik aile hekimlerinin görüşlerini ortaya koyan ölçek maddelerinin toplamda .87'lik düzeyde bir güvenilirliğe sahip olduğu ortaya çıkmıştır. Bu değerden de anlaşılabileceği üzere, söz konusu ölçek ifadelerinin güvenilirlik katsayıları .50'den büyük olduğundan ötürü anketlerin “iyi düzeyde” güvenilir olduğunu söylemek mümkündür.

4.4.2. Normallik Analizi

Araştırmada, anket yöntemi sonucu elde edilen verilerin çözümlemesinde kullanılan bir diğer test tekniği de normallik testidir. Bu test, parametrik test yöntemlerinin kullanılabilirliğinin temel bir şartı olan “verilerin normal bir dağılıma sahip olma” koşulunu ortaya koyan bir test tekniğidir. Normallik testinde Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk değerlerinin .05'ten büyük olması beklenmektedir. Bu koşulun yerine geldiği durumlarda verilerin normal dağılıma sahip olduğu varsayılır. Verilerin normal dağılıma uygun olduğu durumda ise teste ilişkin aşağıdaki hipotezler oluşturulmaktadır.

H_0 : Aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri sonucu elde edilen veriler normal dağılıma uygundur.

H_1 : Aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri sonucu elde edilen veriler normal dağılıma uygun değildir.

Bu hipotezler doğrultusunda yapılan normallik testine ilişkin elde edilen çözümleme Çizelge 4.8’de gösterilmiştir.

Çizelge 4.8. Normallik test sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	İstatistiki Değer	df	Sig.	İstatistiki Değer	Df	Sig.
A	.060	74	.200	.986	74	.577

Çizelge 4.8’den de görüleceği üzere, aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin ortalaması (sig. değerleri) .200 ve .577’dir. Söz konusu değerler alfa değeri olan 0,05’ten büyük olduğundan ötürü elde edilen verilerin normal bir dağılım gösterdiği ortaya çıkmıştır.

5. ARAŞTIRMA BULGULARI

5.1. Katılımcılara Ait Genel Betimsel İstatistikler

Araştırmanın bu kısmında, katılımcıların bazı demografik özelliklerine ilişkin elde edilen verilere yer verilecektir. Söz konusu çözümlemeler Frequencies yöntemi ile gerçekleştirilmiş olup aşağıdaki çizelgelerde tablolaştırılarak sunulmuştur.

Çizelge 5.1. Katılımcıların cinsiyet dağılımları

	N	%
Erkek	65	87,8
Kadın	9	12,2
Toplam	74	100,0

Çizelge 5.1'e göre katılımcıların %87,8'i erkek, %12,2'si ise kadındır. Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun erkeklerden oluştuğu söylenebilir.

Çizelge 5.2. Katılımcıların yaş dağılımları

	N	%
24-33 yaş	52	70,3
34-43 yaş	16	21,6
44-53 yaş	5	6,8
54-63 yaş	1	1,4
Toplam	74	100,0

Çizelge 5.2'ye göre katılımcıların %70,3'ü 24-33 yaş aralığında; %21,6'sı 34-43 yaş aralığında; %6,8'i 44-53 yaş aralığında ve %1,4'ü ise 54-63 yaş aralığındadır. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğu 24-33 yaş aralığındadır.

Çizelge 5.3. Katılımcıların mezun oldukları üniversite dağılımları

	N	%
Afyon Kocatepe Üniversitesi	1	1,4
Akdeniz Üniversitesi	1	1,4
Ankara Üniversitesi	2	2,7
Atatürk Üniversitesi	7	9,5
Cumhuriyet Üniversitesi	2	2,7
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi	1	1,4
Çukurova Üniversitesi	2	2,7
Dicle Üniversitesi	7	9,5
Dokuz Eylül Üniversitesi	3	4,1
Dumlupınar Üniversitesi	1	1,4
Ege Üniversitesi	1	1,4
Erciyes Üniversitesi	3	4,1
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi	1	1,4
Fırat Üniversitesi	4	5,4
Gazi Üniversitesi	2	2,8
Gaziantep Üniversitesi	5	6,8
Hacettepe Üniversitesi	1	1,4
Harran Üniversitesi	1	1,4
İnönü Üniversitesi	5	6,8
İstanbul Üniversitesi	5	6,8
İzzet Baysal Üniversitesi	1	1,4
Karadeniz Teknik Üniversitesi	1	1,4
Kırıkkale Üniversitesi	1	1,4
Konya Selçuk Üniversitesi	4	5,4
Mersin Üniversitesi	1	1,4
Namık Kemal Üniversitesi	1	1,4
Sakarya Üniversitesi	1	1,4
Süleyman Demirel Üniversitesi	1	1,4
Trakya Üniversitesi	1	1,4
Turgut Özal Üniversitesi	1	1,4
Uludağ Üniversitesi	3	4,1
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi	3	4,1
Toplam	74	100,0

Çizelge 5.3'e göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (7 kişi) Atatürk ve Dicle Üniversitesi'ne bağlı Tıp Fakültesinden mezun olduğu bunu sırası ile Gaziantep, İnönü ve İstanbul (5 kişi) Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olan aile hekimlerinin oluşturduğu ortaya çıkmıştır.

Ayrıca araştırmaya katılan tüm aile hekimlerinin ünvanlarının pratisyen hekim olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 5.4. Katılımcıların mesleki tecrübe dağılımları

Yıl	N	%
1-5 yıl	41	55,4
6-10 yıl	19	25,7
11-15 yıl	9	12,2
16-20 yıl	3	4,1
21 ve üzeri yıl	2	2,7
Toplam	74	100,0

Çizelge 5.4'te verilen sonuçlara göre, araştırmaya katılanların %55,4'ünün mesleki tecrübesinin 1-5 yıl; %25,7'sinin 6-10 yıl; %12,2'sinin 11-15 yıl; %4,1'inin 16-20 yıl ve %2,7'sinin ise 21 ve üzeri yıl tecrübesi olduğu görülmüştür.

Çizelge 5.5. Katılımcıların günlük hasta muayene etme dağılımları

Hasta Sayısı	N	%
1-10	9	12,1
11-20	25	33,8
21-30	28	37,8
31-40	6	8,1
41-50	4	5,4
51-60	1	1,3
61-70	0	0,0
71-80	1	1,3
Toplam	74	100,0
Genel Ortalama	25,14	

Çizelge 5.5'de verilen sonuçlara göre, araştırmaya katılanların büyük çoğunluğunun (%37,8'i) günde ortalama 21-30 hasta muayene ettiği ortaya çıkmıştır. Yine bu doğrultuda araştırmaya katılan 25 aile hekimi günde 11-20, bir diğer 9 aile hekimi ise günde ortalama 1-10 hasta muayene ettiklerini belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin günde muayene ettiği hasta sayısının genel ortalaması ise 25,14'tür.

Çizelge 5.6. Katılımcıların günlük muayene ettikleri hastalara reçete yazma yüzdelik dağılımları

Reçete Sayısı	N	%
1-10	4	5,4
11-20	10	13,6
21-30	6	8,1
31-40	3	4,0
41-50	8	10,8
51-60	10	13,5
61-70	6	8,1
71-80	16	21,6
81-90	8	10,8
91-100	3	4,0
Toplam	74	100,0

Çizelge 5.6’da verilen sonuçlara göre, araştırmaya katılan aile hekimlerinin büyük çoğunluğu (%21,6’sı) tedavi amaçlı gelen hastaların %71-80’ine reçete yazdıkları bir diğer yoğun katılım gösteren aile hekimlerinin (%13,5’i) hastaların %11-20 ve %51-60’ına reçete yazdıkları görülmüştür.

Çizelge 5.7. Katılımcıların reçetelerinde yazdıkları ortalama ilaç kalem sayısı dağılımları

İlaç Sayısı	N	%
2	23	31,1
3	44	59,5
4	6	8,1
5 ve daha fazlası	1	1,4
Toplam	74	100,0
Genel ortalama	2,79	

Çizelge 5.7’de verilen sonuçlardan da anlaşılacağı üzere, araştırmaya katılan aile hekimleri hastalara yazmış oldukları reçetelerde daha çok üç kalemlilik ilaca yer vermektedir. 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 etmektedir. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin reçetelerindeki ilaç kalem sayısının genel ortalaması ise 2,79’dur.

Çizelge 5.8. Katılımcıların mezuniyet sonrası meslekleri ile ilgili eğitim alma dağılımları

	N	%
Evet	49	66.2
Hayır	25	33.8
Toplam	74	100

Katılımcıların mezuniyet sonrası meslekleri ile ilgili bir eğitim alma durumunu ortaya koyan verilere bakıldığında, %66,2'si meslekleri ile ilgili herhangi bir eğitim aldığını %33,8'i ise bu alanda eğitim almadığını belirtmiştir.

Çizelge 5.9. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitim alma dağılımları

	N	%
Evet	54	73
Hayır	20	27
Toplam	74	100

Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bir eğitim alıp almadığına yönelik elde edilen verilere bakıldığında, %73'ünün bu alanda eğitim aldığı, %27'sinin ise bu alanda eğitim almadığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 5.10. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı eğitimlerini aldıkları yer dağılımları

	N	%
Sağlık Bakanlığı	28	51.85
Tıp Fakültesi	15	27.78
İlaç Firmaları	1	1.85
Halk Sağlığı Müdürlüğü, İl Sağlığı Müdürlüğü ve Hizmet İçi Eğitimler	10	18.52
Toplam	54	73.00
Eğitim Almayanlar	20	27.00
Toplam	74	100

Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitim alan aile hekimlerinin eğitim yerlerine ilişkin elde edilen verilerde büyük çoğunluğunun bu eğitimi Sağlık Bakanlığından aldığı ortaya çıkmıştır. Yine bu alanda eğitim alan aile hekimlerinin %27.78'i eğitimi Tıp Fakültesindeki eğitim sürecinde, % 18.52'si Halk Sağlığı Müdürlüğü, İl Sağlığı Müdürlüğü

ve Hizmet İçi Eğitimlerde %1.85'i ise İlaç firmaları vasıtasıyla bu eğitimi aldıkları görülmüştür.

Çizelge 5.11. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ile ilgili aldıkları eğitimi yeterli bulma dağılımları

	N	%
Evet	35	64.81
Hayır	19	35.19
Toplam	54	100

Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili alınan eğitimlerin yeterlilik düzeyine yönelik elde edilen verilerde, katılımcıların çoğunun bu eğitimleri yeterli bulduğu (%64,81'i) ortaya çıkmıştır.

Çizelge 5.12. Katılımcıların ilaç reçete ederken yararlandıkları anamnez (Hastanın hastalığı ile ilgili bilgilerinin tümü) bilgilerinin öncelik sırasına göre dağılımları

	1.	2.	3.
Kullandığı ilaçları sorgularım	16,2	16,2	47,3
İlaç alerjisini sorgularım	31,1	17,6	17,6
Kronik hastalığı sorgularım	20,3	43,2	10,8
Yaşını dikkate alırım	14,9	13,5	10,8
Daha önceki önemli hastalıklarını sorgularım	13,5	9,5	12,2
Sosyal güvencesini dikkate alırım	0,0	0,0	1,4
Diğer	0,0	0,0	0,0
Toplam	100	100	100

Çizelge 5.12'den de görüleceği üzere, katılımcıların ilaç reçetelemesi yaparken hastanın hangi bilgilerinden yararlandığı ile ilgili sonuçlarda 1. önceliğin “İlaç alerjisini sorgularım”, 2. önceliğin “Kronik hastalığı sorgularım” ve 3. önceliğin ise “Kullandığı ilaçları sorgularım” ifadesine ait olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 5.13. Katılımcıların ilaçlar ile ilgili olarak hastayı bilgilendirmede anlattıklarının öncelik sırasına göre dağılımları

	1.	2.	3.
İlaç neden gereklidir	56,8	8,1	6,8
Kullanma talimatını anlatırım	10,8	27,0	16,2
Tedavi süresini söylerim	20,3	39,2	31,1
Dozajını söylerim	10,8	20,3	17,6
Olası yan etkilerini söylerim	1,4	5,4	28,4
Toplam	100	100	100

Çizelge 5.13'ten de görüleceği üzere, katılımcıların ilaçlarla ilgili olarak bilgilendirmede hastaya neleri anlattığı ile ilgili sonuçlarda 1. önceliğin “İlaç neden gereklidir”, 2. ve 3. önceliğin ise benzer şekilde “Tedavi süresini söylerim” ifadelerini aktardığı ortaya çıkmıştır.

Çizelge 5.14. Katılımcıların tedaviyi düzenlerken hastaya hastalığı ile ilgili anlattığı bilgilerin öncelik sırasına göre dağılımları

	1.	2.	3.
Tedaviye nasıl yanıt verebileceğini anlatırım	24,3	21,6	29,7
Ne kadar süreceğini söylerim	17,6	31,1	20,3
Olası komplikasyonlarını söylerim	5,4	13,5	35,1
Seyrini söylerim	23,0	29,7	8,1
Adını söylerim	29,7	4,1	6,8
Toplam	100	100	100

Çizelge 5.14'ten de görüleceği üzere, katılımcıların tedavi düzenlenmesinde hastalara hastalığı ile ilgili hangi bilgileri aktardığı ile ilgili sonuçlarda 1. önceliğin “Adını söylerim”, 2. önceliğin “Ne kadar süreceğini söylerim” ve 3. önceliğin ise “Olası komplikasyonlarını söylerim” ifadesine ait olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 5.15. Katılımcıların ilaç seçiminde dikkate aldıkları kriterin öncelik sırasına göre dağılımları

	1.	2.	3.
Etkinlik	41,9	32,4	17,6
Fiyat	0,0	4,1	16,2
Güvenlik	32,4	24,3	23,0
Uygunluk	21,6	32,4	25,7
Tecrübe	4,1	6,8	13,5
Kalite	0,0	0,0	4,1
Toplam	100	100	100

Çizelge 5.15’den de görüleceği üzere, katılımcıların ilaç seçiminde göz önüne aldığı kriterler ile ilgili sonuçlarda 1. önceliğin “Etkinlik” kriterinde, 2. ve 3. önceliğin ise “Etkinlik” ve “Uygunluk” kriterlerine ait olduğu ortaya çıkmıştır.

Çizelge 5.16. Katılımcıların reçeteleme yaparken yararlandıkları bilgi kaynaklarının öncelik sırasına göre dağılımları

	1.	2.	3.
Tanı ve tedavi rehberleri	60,8	23,0	12,2
Vademecum ¹	16,2	18,9	28,4
Farmakoloji kitapları	13,5	25,7	25,7
İlaç prospektüsleri	6,8	31,1	23,0
İlaç firmalarının bilgilendirme kaynakları	0,0	0,0	8,1
Diğer	0,0	0,0	0,0
Toplam	100	100	100

Çizelge 5.16’dan da görüleceği üzere, katılımcıların reçeteleme yaparken hangi bilgi kaynaklarından yararlandığı ile ilgili sonuçlarda 1. önceliğin “Tanı ve tedavi rehberleri”, 2. önceliğin “İlaç prospektüsleri” ve 3. önceliğin ise “Vademecum” kaynaklarına ait olduğu ortaya çıkmıştır.

¹ Vademecum: Her yıl güncellenen modern ilaç rehberi

5.2. Katılımcıların Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Görüşlerinin Betimsel İstatistikleri

5.2.1. Hekim - Hasta İlişkisi Boyutuna Yönelik Betimsel İstatistikler

Araştırmanın bu kısmında, akılcı ilaç kullanımına yönelik aile hekimlerinin görüşleri içerisinde yer alan hekim-hasta ilişkisi boyutuna yönelik katılımcıların verdikleri cevaplardan elde edilen veriler betimleyici analiz ile incelenmiş olup raporlanmıştır. Bu boyutta sekiz ifadeden oluşan likert tipli ölçek yer almaktadır. Ölçek içerisinde “Hastaya hastalığını ve nedenlerini anlatır mısınız?”, “Tedavisi ile ilgili verdiğiniz bilgileri hastalarınız anlıyor mu?” ve “Hastalarınızı reçete ettiğiniz ilaçlar hakkında (ilaçları nerede ve nasıl saklanması gerektiği ile kullanım sonrası imha etme süreci) bilgilendiriyor musunuz?” gibi ifadeler yer almaktadır.

Çizelge 5.17 katılımcıların “hekim-hasta ilişkisi” ne yönelik görüşlerini incelemek amacıyla sorulan sorulara verilen cevapları içermektedir. Burada herbir ifade için katılımcı sayıları, yüzde dağılımları ve bu ifadelerin ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir.

Ölçek ifadelerinin skala değerlerine aşağıdaki puanlar verilerek yapılmıştır:

1. Hiçbir Zaman,
2. Nadiren,
3. Bazen,
4. Sıklıkla,
5. Her Zaman.

Çizelge 5.17. Hekim - hasta ilişkisi boyutuna yönelik elde edilen sonuçlar

Hastaya hastalığını ve nedenlerini anlatır mısınız?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Bazen	6	8,1	4,31	0,618
Sıklıkla	39	52,7		
Her Zaman	29	39,2		
Toplam	74	100,0		
Tedavi uygulama gerekçelerini hastaya anlatır mısınız?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Nadiren	1	1,4	4,31	0,618
Bazen	3	4,1		
Sıklıkla	42	56,8		
Her Zaman	28	37,8		
Toplam	74	100,0		
Tedavisi ile ilgili verdiğiniz bilgileri hastalarınız anlıyor mu?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Nadiren	5	6,8	3,54	0,725
Bazen	29	39,2		
Sıklıkla	35	47,3		
Her Zaman	5	6,8		
Toplam	74	100,0		
Verdiğiniz bilgileri hastaya tekrarlatıyor musunuz?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Hiçbir Zaman	2	2,7	3,34	1,037
Nadiren	14	18,9		
Bazen	26	35,1		
Sıklıkla	21	28,4		
Her Zaman	11	14,9		
Toplam	74	100,0		
Yazdığınız ilaçlarla ilgili hastaya bilgi veriyor musunuz?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Nadiren	1	1,4	4,26	0,684
Bazen	7	9,5		
Sıklıkla	38	51,4		
Her Zaman	28	37,8		
Toplam	74	100,0		
Hastaların özellikle talep ettikleri ilaçları yazar mısınız?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Hiçbir Zaman	8	10,8	2,46	0,797
Nadiren	30	40,5		
Bazen	30	40,5		
Sıklıkla	6	8,1		
Toplam	74	100,0		

Çizelge 5.17. (devam) Hekim - hasta ilişkisi boyutuna yönelik elde edilen sonuçlar

Hastalarınızı reçete ettiğiniz ilaçlar hakkında (ilaçları nerede ve nasıl saklanması gerektiği ile kullanım sonrası imha etme süreci) bilgilendiriyor musunuz?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Hiçbir Zaman	6	8,1	3,18	1,198
Nadiren	18	24,3		
Bazen	18	24,3		
Sıklıkla	21	28,4		
Her Zaman	11	14,9		
Toplam	74	100,0		

Hastalarınıza ve topluma akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgilendirme yapıyor musunuz?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Nadiren	7	9,5	3,73	0,880
Bazen	20	27,0		
Sıklıkla	33	44,6		
Her Zaman	14	18,9		
Toplam	74	100,0		

Çizelge 5.17 incelendiğinde katılımcıların “Hekim-Hasta İlişkisi” ne yönelik görüşlerinin ortaya konması için oluşturulan ölçek ifadelerine katılımcıların tümünün cevap verdiği görülmüştür. Çizelge 5.17’de katılımcıların en yüksek değerli ortalamayı “Hastaya hastalığını ve nedenlerini anlatır mısınız?” ve “Tedavi uygulama gerekçelerini hastaya anlatır mısınız?” (Ort.=4,31) ifadesi ile sağladığı ortaya çıkmıştır. Yine, “Hekim-hasta ilişkisi” boyutu içerisinde en düşük ortalamanın ise “Hastaların özellikle talep ettikleri ilaçları yazar mısınız?” ifadesine ait olduğu görülmüştür (Ort.=2,46).

Çizelge 5.17’de “Hastaya hastalığını ve nedenlerini anlatır mısınız?” ifadesini katılımcıların 1-5 arası olacak şekilde ve “olumsuz değerlendirmeden olumlu değerlendirmeye” olacak şekilde sıralaması istenmiştir. Buna göre katılımcıların söz konusu ifadeye %8,1’inin “bazen”, %52,7’sinin “sıklıkla” ve %39,2’sinin “her zaman” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelere katılımcıların bu ifadeyi sıklıkla yaptığı söylenebilir. Yine bu ifade içerisinde katılımcıların hiçbirinin “hiçbir zaman” ve “nadiren” cevaplarında bulunmadıkları görülmüştür.

Yine, “Tedavi uygulama gerekçelerini hastaya anlatır mısınız?” ifadesine katılımcıların %56,8’inin “sıklıkla” ve %37,8’inin “her zaman” şeklinde cevap verdikleri

görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeyi yüksek düzeyde yerine getirdiği söylenebilir. Yine bu ifadeye katılımcıların “hiçbir zaman” cevabında bulunmadıkları ortaya çıkmıştır.

Yine, “Tedavisi ile ilgili verdiğiniz bilgileri hastalarınız anlıyor mu?” ifadesine katılımcıların %47,3’ünün “sıklıkla” ve %39,2’sinin “bazen” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeyi yüksek düzeyde yerine getirdiği söylenebilir.

Yine, “Verdiğiniz bilgileri hastaya tekrarlatıyor musunuz?” ifadesine katılımcıların %28,4’ünün “sıklıkla” ve %35,1’inin “bazen” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeyi yüksek düzeyde yerine getirdiği söylenebilir.

Yine, “Yazdığınız ilaçlarla ilgili hastaya bilgi veriyor musunuz?” ifadesine katılımcıların %51,4’ünün “sıklıkla” ve %37,8’inin “bazen” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeyi yüksek düzeyde yerine getirdiği söylenebilir.

Yine, “Hastaların özellikle talep ettikleri ilaçları yazar mısınız?” ifadesi için katılımcıların “nadiren” ve “bazen” tarzındaki cevaplara eş düzeyli bir katılım sağladıkları ortaya çıkmıştır (%40,5).

Yine, “Hastalarınızı reçete ettiğiniz ilaçlar hakkında (ilaçları nerede ve nasıl saklanması gerektiği ile kullanım sonrası imha etme süreci) bilgilendiriyor musunuz?” ifadesine katılımcıların %8,1’inin “hiçbir zaman”, %24,3’ünün “nadiren”, %24,3’ünün yine aynı şekilde %24,3’ünün “bazen”, %28,4’ünün “sıklıkla” ve %14,9’unun “her zaman” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür.

Yine, “Hastalarınıza ve topluma akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgilendirme yapıyor musunuz?” ifadesine katılımcıların %44,6’sının “sıklıkla” ve %27’sinin “bazen” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeyi yüksek düzeyde yerine getirdiği söylenebilir.

5.2.2. Hekim - Tedaviyi Düzenleme ilişkisi Boyutuna Yönelik Betimsel İstatistikler

Araştırmanın bu kısmında akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri içeren ölçek içerisinde yer alan “Hekim-Tedaviyi düzenleme ilişkisi” boyutuna yönelik katılımcıların verdikleri cevaplardan elde edilen veriler betimleyici analiz ile incelenmiş olup raporlanmıştır. Bu boyutta 8 ifadeden oluşan likert tipli ölçek yer almaktadır. Ölçek içerisinde “Düzenlenen tedavinin gerçekleştirilebilirliğini dikkate alıyor musunuz?”, “Hastalarınıza ilaç dışı tedavi (diyet, egzersiz, sigara ve alkolden uzak durma vb.) öneriyor musunuz?” ve “Daha önce başka bir hekim tarafından reçete edilmiş olan ilacı, hastayı muayene etmeden tekrar reçete eder misiniz?” gibi ifadeler yer almaktadır.

Çizelge 5.18 katılımcıların “Hekim-Tedaviyi düzenleme ilişkisi” ne yönelik görüşlerini ortaya koymak amacıyla sorulan sorulara verilen cevapları içermektedir. Burada her bir ifade için katılımcı sayıları, yüzde dağılımları ve bu ifadelerin ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir.

Ölçek ifadelerinin skala değerlerine aşağıdaki puanlar verilerek yapılmıştır:

1. Hiçbir Zaman,
2. Nadiren,
3. Bazen,
4. Sıklıkla,
5. Her Zaman.

Çizelge 5.18. Hekim - tedaviyi düzenleme ilişkisi boyutuna yönelik elde edilen sonuçlar

Düzenlenen tedavinin gerçekleştirilmesini dikkate alıyor musunuz?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Bazen	8	10,8	4,16	0,597
Sıklıkla	46	62,2		
Her Zaman	20	27,0		
Toplam	74	100,0		
Düzenlenen tedavinin maliyetini dikkate alıyor musunuz?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Hiçbir Zaman	3	4,1	3,61	1,044
Nadiren	7	9,5		
Bazen	21	28,4		
Sıklıkla	28	37,8		
Her Zaman	15	20,3		
Toplam	74	100,0		
Tedavi için gerekli olan ilaç sayısından daha fazla ilacı reçeteye yazar mısınız?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Hiçbir Zaman	43	58,1	1,59	0,859
Nadiren	22	29,7		
Bazen	6	8,1		
Sıklıkla	2	2,7		
Her Zaman	1	1,4		
Toplam	74	100,0		
Hastalarınıza ilaç dışı tedavi (diyet, egzersiz, sigara ve alkolden uzak durma vb.) öneriyor musunuz?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Nadiren	3	4,1	4,24	0,718
Bazen	3	4,1		
Sıklıkla	41	55,4		
Her Zaman	27	36,5		
Toplam	74	100,0		
Daha önce rahatsızlığı için iki(2) kutu ilaç reçete ettiğiniz hastanıza, hastanızın bir(1) kutu ilaç kullanım süresini bitirmesi ve aynı rahatsızlık şikâyeti ile gelmesi halinde tekrar aynı ilacı reçete eder misiniz?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Hiçbir Zaman	23	31,1	2,20	1,098
Nadiren	24	32,4		
Bazen	20	27,0		
Sıklıkla	3	4,1		
Her Zaman	4	5,4		
Toplam	74	100,0		

Çizelge 5.18. (devam) Hekim - tedaviyi düzenleme ilişkisi boyutuna yönelik elde edilen sonuçlar

Daha önce başka bir hekim tarafından reçete edilmiş olan ilacı, hastayı muayene etmeden tekrar reçete eder misiniz?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Hiçbir Zaman	34	45,9	1,73	0,764
Nadiren	26	35,1		
Bazen	14	18,9		
Toplam	74	100,0		
Tedavinizin sonuçlarını değerlendirebiliyor musunuz?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Nadiren	10	13,5	3,49	0,880
Bazen	27	36,5		
Sıklıkla	28	37,8		
Her Zaman	9	12,2		
Toplam	74	100,0		
Reçete yazma sürecinden sonra hastanızın durumunu takip ediyor musunuz?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Hiçbir Zaman	1	1,4	3,43	0,861
Nadiren	9	12,2		
Bazen	27	36,5		
Sıklıkla	31	41,9		
Her Zaman	6	8,1		
Toplam	74	100,0		

Çizelge 5.18 incelendiğinde katılımcıların “Hekim - Tedaviyi Düzenleme ilişkisi” ne yönelik görüşlerinin ortaya konması için oluşturulan ölçek ifadelerine katılımcıların tümünün cevap verdiği görülmüştür. Çizelge 5.18’de katılımcıların en yüksek değerli ortalamayı “Hastalarınıza ilaç dışı tedavi (diyet, egzersiz, sigara ve alkolden uzak durma vb.) öneriyor musunuz?” (Ort.=4.24) ifadesi ile sağladığı ortaya çıkmıştır. Yine, “Hekim-Tedaviyi Düzenleme İlişkisi” boyutu içerisinde en düşük ortalamanın ise “Tedavi için gerekli olan ilaç sayısından daha fazla ilacı reçeteye yazar mısınız?” ifadesine ait olduğu görülmüştür (Ort. =1.59).

Çizelge 5.18’de “Düzenlenen tedavinin gerçekleştirilmesini dikkate alıyor musunuz?” ifadesini katılımcıların 1-5 arası olacak şekilde ve “olumsuz değerlendirmeden olumlu değerlendirmeye” olacak şekilde sıralaması istenmiştir. Buna göre katılımcıların söz konusu ifadeye %62,2’sinin “sıklıkla” ve %10,8’inin “bazen” şeklinde cevap verdikleri

görülmüş ve bu yüzdelerden de anlaşılacağı üzere katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağladığı görülmüştür.

Yine, “Düzenlenen tedavinin maliyetini dikkate alıyor musunuz?” ifadesine katılımcıların %37,8’inin “sıklıkla”, %20,3’ünün “her zaman” ve %28,4’ünün “bazen” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeyi yüksek düzeyde yerine getirdiği söylenebilir.

Yine, “Tedavi için gerekli olan ilaç sayısından daha fazla ilacı reçeteye yazar mısınız?” ifadesine katılımcıların %58,1’inin “hiçbir zaman” ve %29,7’sinin “nadiren” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeyi yüksek düzeyde yerine getirmediği söylenebilir.

“Hastalarınıza ilaç dışı tedavi (diyet, egzersiz, sigara ve alkolden uzak durma vb.) öneriyor musunuz?” ifadesine katılımcıların %55,4’ünün “sıklıkla” ve %36,5’inin “her zaman” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeyi yüksek düzeyde yerine getirdiği söylenebilir.

Yine, “Daha önce rahatsızlığı için iki (2) kutu ilaç reçete ettiğiniz hastanıza, hastanızın bir (1) kutu ilaç kullanım süresini bitirmesi ve aynı rahatsızlık şikâyeti ile gelmesi halinde tekrar aynı ilacı reçete eder misiniz?” ifadesine katılımcıların %31,1’inin “hiçbir zaman” ve %32,4’ünün “nadiren” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeyi yüksek düzeyde yerine getirmediği söylenebilir.

Yine, “Daha önce başka bir hekim tarafından reçete edilmiş olan ilacı, hastayı muayene etmeden tekrar reçete eder misiniz?” ifadesine katılımcıların %45,9’unun “hiçbir zaman” ve %35,1’inin “nadiren” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeyi yüksek düzeyde yerine getirmediği söylenebilir.

Yine, “Tedavinizin sonuçlarını değerlendirebiliyor musunuz?” ifadesine katılımcıların %37,8’inin “sıklıkla”, %12,2’sinin “her zaman” ve %36,5’inin “bazen” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeyi yüksek düzeyde yerine getirdiği söylenebilir.

Yine, “Reçete yazma sürecinden sonra hastanızın durumunu takip ediyor musunuz?” ifadesine katılımcıların %36,5’inin “bazen” ve %41,9’unun “sıklıkla” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeyi yüksek düzeyde yerine getirdiği söylenebilir.

5.2.3. Hekim - İlaç Bilgisi İlişkisi Boyutuna Yönelik Betimsel İstatistikler

Araştırmanın bu kısmında akılcı ilaç kullanımına yönelik geliştirilen ölçek içerisinde yer alan “Hekim-İlaç Bilgisi İlişkisi” ne yönelik katılımcıların verdikleri cevaplardan elde edilen veriler betimleyici analiz ile incelenmiş olup raporlanmıştır. Bu boyutta 7 ifadeden oluşan likert tipli ölçek yer almaktadır. Ölçek içerisinde “Diğer hekimler ilaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor mu?”, “Planladığınız tedavinin amacına en uygun ilacı seçmekte kararsız kaldığınızda meslek grubunuzdaki hekimlere danışır mısınız?” ve “İlaçlar ile ilgili politikaları ve mevzuatı takip ediyor musunuz?” gibi ifadeler yer almaktadır.

Çizelge 5.19 katılımcıların Hekim-İlaç Bilgisi İlişkisine yönelik görüşlerini incelemek amacıyla sorulan sorulara verilen cevapları içermektedir. Burada her bir ifade için katılımcı sayıları, yüzde dağılımları ve bu ifadelerin ortalama ve standart sapma değerlerine yer verilmiştir.

Ölçek ifadelerinin skala değerlerine aşağıdaki puanlar verilerek yapılmıştır:

1. Hiçbir Zaman,
2. Nadiren,
3. Bazen,
4. Sıklıkla,
5. Her Zaman.

Çizelge 5.19. Hekim - ilaç bilgisi ilişkisi boyutuna yönelik elde edilen sonuçlar

Muayene etmeden, hastanın rahatsızlığına göre ilaç reçete eder misiniz?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Hiçbir Zaman	43	58,1	1,53	0,744
Nadiren	26	35,1		
Bazen	2	2,7		
Sıklıkla	3	4,1		
Toplam	74	100,0		
Reçete ettiğiniz ilaçların fiyatlarını biliyor musunuz?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Hiçbir Zaman	4	5,4	3,22	1,050
Nadiren	17	23,0		
Bazen	17	23,0		
Sıklıkla	31	41,9		
Her Zaman	5	6,8		
Toplam	74	100,0		
Sosyal güvencesi olanlarla olmayan hastalara yazdığınız ilaçların seçiminde fark oluyor mu?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Hiçbir Zaman	13	17,6	2,74	1,171
Nadiren	17	23,0		
Bazen	26	35,1		
Sıklıkla	12	16,2		
Her Zaman	6	8,1		
Toplam	74	100,0		
İlaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor musunuz?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Hiçbir Zaman	36	48,6	1,69	0,775
Nadiren	26	35,1		
Bazen	11	14,9		
Sıklıkla	1	1,4		
Toplam	74	100,0		
Diğer hekimler ilaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor mu?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Hiçbir Zaman	18	24,3	2,12	0,827
Nadiren	32	43,2		
Bazen	21	28,4		
Sıklıkla	3	4,1		
Toplam	74	100,0		

Çizelge 5.19. (devam) Hekim - ilaç bilgisi ilişkisi boyutuna yönelik elde edilen sonuçlar

Planladığınız tedavinin amacına en uygun ilacı seçmekte kararsız kaldığınızda meslek grubunuzdaki				
	hekimlere danışır mısınız?			
	N	Yüzde	Ort.	S
Nadiren	5	6,8	3,66	0,880
Bazen	30	40,5		
Sıklıkla	24	32,4		
Her Zaman	15	20,3		
Toplam	74	100,0		

İlaçlar ile ilgili politikaları ve mevzuatı takip ediyor musunuz?				
	N	Yüzde	Ort.	S
Hiçbir Zaman	4	5,4	3,41	1,146
Nadiren	14	18,9		
Bazen	17	23,0		
Sıklıkla	26	35,1		
Her Zaman	13	17,6		
Toplam	74	100,0		

Çizelge 5.19 incelendiğinde katılımcıların “Hekim - İlaç Bilgisi İlişkisi” ne yönelik görüşlerinin ortaya konması için oluşturulan ölçek ifadelerine katılımcıların tümünün cevap verdiği görülmüştür. Çizelge 5.19’da katılımcıların en yüksek değerli ortalamayı “Planladığınız tedavinin amacına en uygun ilacı seçmekte kararsız kaldığınızda meslek grubunuzdaki hekimlere danışır mısınız?” (Ort.=3.66) ifadesi ile sağladığı ortaya çıkmıştır. Yine, “Hekim - İlaç Bilgisi İlişkisi” boyutu içerisinde en düşük ortalamanın ise “Muayene etmeden, hastanın rahatsızlığına göre ilaç reçete eder misiniz?” ifadesine ait olduğu görülmüştür (Ort.=1.53).

Çizelge 5.19’da “Muayene etmeden, hastanın rahatsızlığına göre ilaç reçete eder misiniz?” ifadesini katılımcıların 1-5 arası olacak şekilde ve “olumsuz değerlendirmeden olumlu değerlendirmeye” olacak şekilde sıralaması istenmiştir. Buna göre katılımcıların söz konusu ifadeye %58,1’inin “hiçbir zaman” ve %35,1’inin “nadiren” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeye yüksek düzeyli bir katılım sağlamadığı görülmüştür.

Yine, “Reçete ettiğiniz ilaçların fiyatlarını biliyor musunuz?” ifadesine katılımcıların %41,9’unun “sıklıkla” ve %23’ünün “bazen” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür.

Yine, “Sosyal güvencesi olanlarla olmayan hastalara yazdığınız ilaçların seçiminde fark oluyor mu?” ifadesine katılımcıların %17,6’sının “hiçbir zaman”, %23’ünün “nadiren” ve %35,1’inin “bazen” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür.

“İlaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor musunuz?” ifadesine katılımcıların %48,6’sının “hiçbir zaman” ve %35,1’inin “nadiren” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeyi yüksek düzeyde yerine getirmedeği söylenebilir.

Yine, “Diğer hekimler ilaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor mu?” ifadesine katılımcıların %24,3’ünün “hiçbir zaman” ve %43,2’sinin “nadiren” şeklinde cevap verdikleri görülmüştür.

Yine, “Planladığınız tedavinin amacına en uygun ilacı seçmekte kararsız kaldığınızda meslek grubunuzdaki hekimlere danışır mısınız?” ifadesine katılımcıların %32,4’ünün “sıklıkla”, %20,3’ünün “her zaman” ve %40,5’inin “bazen” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeyi yüksek düzeyde yerine getirdiği söylenebilir.

Yine, “İlaçlar ile ilgili politikaları ve mevzuatı takip ediyor musunuz?” ifadesine katılımcıların %35,1’inin “sıklıkla”, %17,6’sının “her zaman” ve %23’ünün “bazen” şeklinde cevap verdikleri görülmüş ve bu yüzdelerden katılımcıların bu ifadeyi yüksek düzeyde yerine getirdiği söylenebilir.

Çizelge 5.20. Tüm boyutların ortalama ve standart sapma sonuçları

Boyutlar	$\bar{x}$	SS
Hekim - Hasta İlişkisi Boyutu	3.16	0.820
Hekim - Tedaviyi Düzenleme ilişkisi Boyutu	3.06	0.853
Hekim - İlaç Bilgisi İlişkisi Boyutu	2.62	0.942

Çizelge 5.20, araştırmaya katılan aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerini içeren boyutların bütün olarak yer aldığı “ortalama ve standart sapma” değerlerini içermektedir. Buna göre, katılımcıların, söz konusu üç boyut ile ilgili olarak verilen ifadelerden en yüksek düzeyli katılımı “Hekim - Hasta İlişkisi” boyutunda yer alan

ifadelerle sağladığı, bu boyutu da sırası ile “Hekim - Tedaviyi Düzenleme ilişkisi” ve “Hekim - İlaç Bilgisi İlişkisi” boyutlarının izlediği görülmüştür.

5.3. Araştırma Hipotezleri

Araştırmanın bu kısmında, katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri üzerindeki etkisine yönelik “cinsiyet, yaş, mesleki tecrübe, reçetede ortalama yazılan kalem miktarları, mezuniyet sonrası mesleğe yönelik alınan eğitim, akılcı ilaç kullanımına yönelik alınan eğitim” değişkenlerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğinin sonuçlarına yer verilmiştir. Buna göre araştırmaya katılan aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına ilişkin görüşlerinin karşılaştırılmasında iki seçenekli sorular için Bağımsız Örneklem T-Testi; ikiden fazla seçeneğe sahip sorularda tek yönlü varyans (Anova) analizi ile uygulanmıştır. Yine araştırmada, katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile günlük muayene edilen hasta sayısı ve muayene edilen hastalara reçete yazılma yüzdeliği arasındaki ilişkinin tespitinde korelasyon analizine yer verilmiştir.

H₁: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 5.21. Cinsiyet değişkenine göre katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinde anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları

Cinsiyet	Grup İstatistikleri				Hipotez Sonucu
	N	X	SS	F	p
Erkek	65	3.12	0.37	1.70	0.60
Kadın	9	3.19	0.29		

Çizelge 5.21’de, katılımcıların gruplandıkları cinsiyet değişkenine göre akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, erkeklerde 3.12 olduğu görülmektedir. Buna karşılık kadınlarda 3.19 şeklindedir.

Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F(72)=1.70$, $p= 0.60$). Bu nedenle oluşturulan H₁ hipotezi reddedilmiştir.

H₂: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile yaşları arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 5.22. Yaş değişkenine göre katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinde anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans (anova) analizi sonuçları

YAŞ	Grup İstatistikleri			Hipotez Sonucu	
	N	X	SS	F	p
24-33 yaş	52	3.09	0.35	0.69	0.49
34-43 yaş	16	3.19	0.33		
44-53 yaş	5	3.42	0.40		
54-63 yaş	1	2.48	.		

Çizelge 5.22’de katılımcıların gruplandıkları yaş durumuna göre akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, 24-33 yaş gruplarında 3.09; 34-43 yaş gruplarında 3.19; 44-53 yaş gruplarında 3.42 ve 54-63 yaş gruplarında 2.48 şeklindedir.

Yine ankete katılanların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (Anova) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F(.69)$, $p= 0.49$). Bu nedenle oluşturulan H₂ hipotezi red edilmiştir.

H₃: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile mesleki tecrübeleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 5.23. Mesleki tecrübe değişkenine göre katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinde anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans (anova) analizi sonuçları

Mesleki Tecrübe	Grup İstatistikleri			Hipotez Sonucu	
	N	X	SS	F	p
1-5 yıl	41	3.05	0.341	1.338	0.27
6-10 yıl	19	3.21	0.360		
11-15 yıl	9	3.31	0.312		
16-20 yıl	3	3.13	0.115		
21 ve üzeri yıl	2	3.17	0.984		

Çizelge 5.23’de katılımcıların gruplandıkları mesleki tecrübelerine göre akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, 1-5 yıl mesleki tecrübeye sahip olanlarda 3.05; 6-10 yıl mesleki tecrübeye sahip olanlarda 3.21; 11-15 yıl mesleki tecrübeye sahip olanlarda 3.31; 16-20 yıl mesleki tecrübeye sahip olanlarda 3.13 ve 21 yıl ve üzeri mesleki tecrübeye sahip olanlarda 3.17 olduğu görülmüştür.

Yine araştırmaya katılanların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (Anova) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda mesleki tecrübe değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F(1.338)$, $p= 0.27$). Bu nedenle oluşturulan H₃ hipotezi red edilmiştir.

H₄: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile reçetede ortalama yazılan ilaç kalem sayısı arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 5.24. Reçetede ortalama yazılan ilaç miktarları değişkenine göre katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinde anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek için yapılan tek yönlü varyans (anova) analizi sonuçları

Reçetede Ortalama Yazılan İlaç Miktarları	Grup İstatistikleri			Hipotez Sonucu	
	N	X	SS	F	P
2	23	2.96	0.277	0.34	0.54
3	44	3.20	0.368		
4	6	3.36	0.244		
5 ve daha fazla	1	2.48	.		

Çizelge 5.24'te katılımcıların gruplandıkları reçetede ortalama yazılan ilaç miktarı değişkenine göre akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, ortalama iki ilaç yazanlarda 2.96; üç ilaç yazanlarda 3.20; dört ilaç yazanlarda 3.36 ve beş ve daha fazla sayıda ilaç yazanlarda 2.48 şeklindedir.

Yine ankete katılanların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için tek yönlü varyans (Anova) analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda reçetede yazılan ortalama ilaç miktarı değişkenine göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F(.34)$, $p= 0.54$). Bu nedenle oluşturulan H₄ hipotezi red edilmiştir.

H₅: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile mezuniyet sonrası meslekleri ile ilgili alınan eğitimler arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 5.25. Mezuniyet sonrası mesleğe yönelik eğitim alma durumu ile katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinde anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları

Mezuniyet Sonrası Mesleğe Yönelik Eğitim Alma Durumu	Grup İstatistikleri				Hipotez Sonucu
	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
Eğitim Alanlar	49	3.15	0.38	0.72	0.51
Eğitim Almayanlar	25	3.09	0.32		

Çizelge 5.25’de katılımcıların gruplandıkları mezuniyet sonrası mesleğe yönelik eğitim alma durumuna göre akılcı ilaç kullanıma yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, eğitim alanlarda 3.15 olduğu görülmektedir. Buna karşılık eğitim almayanlarda 3.09 şeklindedir.

Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda mezuniyet sonrası mesleğe yönelik eğitim alma durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F(72)=0.72$, $p= 0.51$). Bu nedenle oluşturulan H₅ hipotezi red edilmiştir.

H₆: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile akılcı ilaç kullanımına yönelik alınan eğitimler arasında anlamlı bir farklılık vardır.

Çizelge 5.26. Akılcı ilaç kullanımına yönelik eğitim alma durumu ile katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinde anlamlı bir farkın olup olmadığını belirlemek için yapılan bağımsız örneklem t testi sonuçları

Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Eğitim Alma Durumu	Grup İstatistikleri				Hipotez Sonucu
	<i>N</i>	<i>X</i>	<i>SS</i>	<i>F</i>	<i>P</i>
Eğitim Alanlar	54	3.18	0.36	0.26	0.06
Eğitim Almayanlar	20	3.00	0.33		

Çizelge 5.26’da katılımcıların gruplandıkları “akılcı ilaç kullanımına yönelik eğitim alma durumu” değişkenine göre akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri karşılaştırıldığında, eğitim alanlarda 3.18 olduğu görülmektedir. Buna karşılık eğitim almayanlarda 3.00 şeklindedir.

Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin anlamlı bir şekilde farklılaşıp farklılaşmadığını test etmek amacıyla bağımsız gruplar için t-testi kullanılmıştır. Analiz sonucunda “akılcı ilaç kullanımına yönelik eğitim alma” durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($F(72)=0.26$, $p= 0.06$). Bu nedenle oluşturulan H₆ hipotezi red edilmiştir.

H₇: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile günlük muayene edilen hasta sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 5.27. Günlük ortalama muayene edilen hasta sayısının akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşler üzerindeki ilişkinin korelasyon analizi sonuçları

		Günde Ortalama Kaç Hasta Muayene Ediyorsunuz?	Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Görüşler
Günde Ortalama Kaç Hasta	r	1	0,350**
Muayene Ediyorsunuz?	p		0,002
	N	74	74
Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik	r	0,350**	1
Görüşler	p	0,002	
	N	74	74

Çizelge 5.27'den de görüldüğü üzere Pearson Correlation (r) katsayısı 0.350 değerindedir. Bu değer, aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımlarına yönelik görüşleri ile günlük ortalama muayene edilen hasta sayısı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yine elde edilen sonuçlardan da görüleceği üzere, korelasyon katsayısının anlamlılık (p değeri) düzeyi de 0.002 olduğundan dolayı korelasyon katsayısının anlamlı olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, korelasyon katsayısı pozitif olduğundan dolayı katılımcıların akılcı ilaç kullanımlarına yönelik görüşleri ile günlük ortalama muayene edilen hasta sayısı arasında doğrusal ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre, günlük muayene edilen hasta sayısı arttıkça katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerindeki ortalama düzeyleri de aynı oranda artacaktır.

H₈: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile muayene edilen hastalara reçete yazılma yüzdeliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Çizelge 5.28. Hastalara yazılan reçete yüzdelik dilimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşler üzerindeki ilişkinin korelasyon analizi sonuçları

		Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Görüşler	Hastaların yüzde kaçına reçete yazıyorsunuz?
Akılcı İlaç Kullanımına	R	1	-0,044
Yönelik Görüşler	P		0,007
	N	74	74
Hastaların yüzde kaçına	R	-0,044	1
reçete yazıyorsunuz?	P	0,708	
	N	74	74

Çizelge 5.28’den de görüldüğü üzere Pearson Correlation (r) katsayısı -0.044 değerindedir. Bu değer, aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımlarına yönelik görüşleri ile hastalara yazılan reçete oranlarının yüzdelik dilimleri arasında negatif yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Yine elde edilen sonuçlardan da görüleceği üzere, korelasyon katsayısının anlamlılık (p değeri) düzeyi de 0.007 olduğundan dolayı korelasyon katsayısının anlamlı olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak, korelasyon katsayısı negatif olduğundan dolayı katılımcıların akılcı ilaç kullanımlarına yönelik görüşleri ile hastalara yazılan reçete oranlarının yüzdelik dilimler arasında negatif ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre, hastalara yazılan reçete oranlarının yüzdelik dilimleri arttıkça katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin ortalama düzeyleri de aynı oranda azalacaktır.

Çizelge 5.29. Hipotezlerin değerlendirilmesi

H ₁ : Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile cinsiyetleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.	RED
H ₂ : Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile yaşları arasında anlamlı bir farklılık vardır.	RED
H ₃ : Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile mesleki tecrübeleri arasında anlamlı bir farklılık vardır.	RED
H ₄ : Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile reçetede ortalama yazılan ilaç kalem sayısı arasında anlamlı bir farklılık vardır.	RED
H ₅ : Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile mezuniyet sonrası meslekleri ile ilgili alınan eğitimler arasında anlamlı bir farklılık vardır.	RED
H ₆ : Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile akılcı ilaç kullanımına yönelik alınan eğitimler arasında anlamlı bir farklılık vardır.	RED
H ₇ : Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile günlük muayene edilen hasta sayısı arasında anlamlı bir ilişki vardır.	KABUL
H ₈ : Katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile muayene edilen hastalara reçete yazılma yüzdeliği arasında anlamlı bir ilişki vardır.	KABUL

5.4. Tartışma

Dünya Sağlık Örgütüne göre akılcı ilaç kullanımı, kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda, en düşük maliyetle ve kolayca ulaşabilmeleridir.

Bu araştırma, Bitlis ilinde hizmet veren aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili beklentileri ne ölçüde karşıladıklarının, ilaç bilgi ve davranışlarının, ilaçların doğru

ve akılcı kullanılmasında ne kadar etkin olduklarının ve hastaları nasıl ve ne derecede bilgilendirdiklerinin tespiti amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yapılan literatür taramaları sonucunda ülkemizde akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çeşitli araştırmalar tespit edilmiştir. Ancak, aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımındaki rolünü ölçen çok sayıda araştırmaya rastlanmamıştır. Çalışma sayısının yetersiz olması elde edilen verilerin karşılaştırılması açısından ülkemizde bir eksiklik oluşturmaktadır. Dolayısıyla bu araştırmanın sonuçları sadece ülkemizde yapılmış olan az sayıdaki araştırmalar ile kıyaslanmayacak aynı zamanda farklı ülkelerde yapılmış olan benzer çalışmalar ile de kıyaslanıp değerlendirme yapılacaktır.

Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %87,8'inin erkek, %12,2'sinin ise kadın olduğu ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada katılımcıların büyük bir çoğunluğunun erkeklerden oluşması dikkat çekmektedir. Kadın hekimlerin bölgeyi tercih etmemelerinin nedeni çalışmanın yapıldığı ildeki aile sağlığı merkezlerinin daha çok köy ve kırsal bölgelerde bulunması ve bölgenin engebeli bir yapıya sahip olması olarak düşünülmektedir.

Katılımcıların %70,3'ünün 24-33 yaş aralığında, %21,6'sının 34-43 yaş aralığında olduğu ortaya çıkmıştır. Bu verilerden hareketle araştırmanın yapıldığı ilde çalışan aile hekimlerin genellikle genç bir yaş aralığında oldukları söylenebilir.

Katılımcıların mezun oldukları üniversitelere göre dağılımlarına bakıldığında ilk sırayı %9,5 sıklıkla Atatürk ve Dicle Üniversiteleri almıştır. Gaziantep ve İnönü Üniversiteleri ise %6,8 ile ikinci sırada yer almaktadır. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin mezun oldukları üniversitelerin ilk sıralarında Doğu Anadolu ve Güney Doğu Anadolu bölgelerinde olması dikkate alındığında, mezun olunan üniversitenin coğrafi bölgesi ile çalışma yerlerinin bulunduğu coğrafi bölge arasında bir ilişkinin olduğu düşünülebilir. Hekimlerin mezun olduğu üniversite ve çalıştığı il ile ilgili gerekli verilere ulaşıldığı takdirde bu konu ile ilgili durum tespiti yapmak mümkün olacaktır.

Katılımcıların mesleki tecrübelerine göre dağılımlarına bakıldığında %55,4'ünün mesleki tecrübesinin 1-5 yıl, %25,7'sinin 6-10 yıl tecrübesi olduğu ortaya çıkmıştır. Bu verilere göre araştırmanın yapıldığı ilde çalışan aile hekimlerinin daha çok mesleğe başlangıç yıllarında oldukları söylenebilir. Mesleki tecrübenin bilgi ve beceriyi artırdığı

düşünüldüğünde aile hekimlerinin çalışma süresinin artması ile mesleki bilgi ve becerisinin de artacağı sonucu çıkarılabilir.

Katılımcıların günde muayene ettikleri hasta sayısının dağılımına bakıldığında %37,8'lik çoğunlukla günde ortalama 21-30 hasta muayene ettikleri ortaya çıkmıştır. Katılımcıların bir günde muayene ettikleri hasta sayısının genel ortalaması ise 25,1'dir. Konu ile ilgili yapılan benzer çalışmalara bakıldığında Doğukan (2008) tarafından Ankarada birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlere yönelik yapılan çalışmada, hekimin bir günde muayene ettiği hasta sayısının ortalaması 67,9 olarak belirlenmiştir. Mollahaliloğlu ve diğerleri (2011a) tarafından 12 farklı ilde yapılan tanımlayıcı nitelikte olan araştırmada aile hekimlerinin bir günde muayene ettikleri hasta sayısının genel ortalaması 52,3'tür. Akkurt (2016) tarafından Ankara'da yapılan çalışmada ise hekimlerin günlük muayene ettikleri hasta sayısının dağılımına bakıldığında %32'lik çoğunlukla günde ortalama 30-59 hasta muayene ettikleri ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar araştırmanın yapıldığı Bitlis ilindeki hasta yükünün Ankara ve 12 farklı ilde yapılan çalışma bölgelerine göre oldukça az olduğunu göstermektedir. Günlük muayene edilen ortalama hasta sayısındaki bu farklılığın nedeni olarak, çalışmanın yapıldığı ildeki nüfus sayısının az olması ve ildeki kişilerin daha çok birinci basamak sağlık kurumları yerine ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarını tercih etmeleri gösterilebilir. Yine Mollahaliloğlu ve diğerleri (2011a) tarafından yapılan çalışmada aile hekimlerinin %98,2'si günlük muayene edilen hasta sayısının 20 ve altında olması durumunda ilaç seçiminde etkinlik, güvenlik, uygunluk ve düşük maliyetli ilacın seçimi açısından hastalara yeterli zaman ayırabildiklerini ifade etmişlerdir. Dolayısıyla bu çalışmada elde edilen günlük ortalama muayene sayısı ideale yakın bir sayı olarak değerlendirilebilir.

Aile hekimlerin beyanlarına göre, muayene ettikleri hastalara reçete yazma ortalaması büyük çoğunluğun ifadesi ile %71-80'dir. Ankara ilinde yapılan benzer çalışmaya bakıldığında Doğukan (2008) tarafından yapılan çalışmada hekimlerin muayene ettikleri hastalara reçete yazma ortalaması büyük çoğunluğun ifadesi ile %81,15 olarak görülmüştür. Mollahaliloğlu ve diğerleri (2011a) tarafından yapılan çalışmada aile hekimlerinin muayene ettikleri hastalara reçete yazma ortalaması büyük çoğunluğun ifadesi ile üst limit seçeneği olan %81-100 olarak belirtilmiştir. Akkurt (2016) tarafından Ankara'da yapılan çalışmada ise hekimlerin muayene ettikleri hastalara reçete yazma

ortalaması büyük çoğunluğun ifadesi ile %41-80 olarak belirtilmiştir. Araştırmanın sonuçları birbirlerine oldukça yakındır.

Bilindiği üzere birinci basamak sağlık kurumlarında ayakta ve günü birlik sağlık hizmetleri verilmekte olup rahatsızlıkların çoğu da acil olmayan vakalardan oluşmaktadır. Buna karşın, aile hekimlerinin gelen hastalara ilaç reçete yazma eğilimlerinin yüksek olduğu anlaşılmıştır. Bu durum, hastalığın tedavisinde ilaca bağımlılığın yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır. Ortaya çıkan bu durum akılcı ilaç kullanımı çerçevesinde değerlendirildiğinde olumsuz bir sonucun ortaya çıktığı düşünülmektedir. Nitekim birçok basit hastalık ilaç dışı tedavi yöntemleri ile (diyet, egzersiz, dengeli beslenme vb.) tedavi edilebilmektedir. Yine ülkemizde ilaç harcama miktarı fazladır. Bu fazlalığın ortaya çıkmasındaki önemli etkenlerden birisinin de ilaç reçete etme sayısının fazla olması gösterilebilir.

Aile hekimlerinin hastalarına yazmış oldukları reçetelerde %59,5'lik çoğunlukla üç kalemlik ilaca yer verildiği bu sayıyı, %31,1'lik payla iki kalemlik ilacın takip ettiği ortaya çıkmıştır. Reçetelerde yazılan ortalama ilaç kalem sayısı ise 2,79 olarak hesaplanmıştır. Şahin ve Saçaklıoğlu (2005) tarafından İzmir ilinde sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimlere yönelik yapılan çalışmada, reçetelerde yazılan ortalama ilaç kalem sayısı 2,7 olarak bulunmuştur. Doğukan (2008) tarafından Ankara'da yapılan çalışmada, pratisyen hekimlerin beyanlarına göre reçetelerde yazılan ortalama ilaç kalem sayısı 3,11 olarak bulunmuştur. Mollahaliloğlu ve diğerleri (2011b) tarafından altı farklı ilde Aile Hekimliği Bilgi Sistemi aracılığı ile 2008 yılına ait tüm elektronik veri tabanına kaydedilen veriler kullanılarak yapılan çalışmada reçetelerde yazılan ortalama ilaç kalem sayısı 2,46 olarak bulunmuştur. Mollahaliloğlu ve diğerleri (2011c) tarafından 10 farklı ilde hekimlerin hastalara yazmış oldukları reçeteler baz alınarak yapılan çalışmada reçetelerde yazılan ortalama ilaç kalem sayısı 2,83 olarak bulunmuştur. Akkurt (2016) tarafından Ankara'da yapılan çalışmada ise hekimlerin reçetelerinde yer alan ortalama ilaç kalem sayısı %49,2'lik çoğunluk ile üç kalemlik ilaç olarak belirlenmiştir.

Hekimin hastaya teşhis koyması ile birlikte üzerinde önemle durması gereken sorulardan biri tedavi için ilaç kullanımının gerekli olup olmadığıdır. Hasta için ilaçla tedavi gerekli ise bu durumda da en az ilaç ile yetinilmelidir. Bu ifadeler, akılcı reçete yazmanın ilkeleri arasında yer almaktadır (İskit, 2006). Öte yandan akılcı olmayan ilaç

kullanımının en yaygın nedenleri arasında hastalara çok fazla ilaç verilmesidir. Gereksiz ilaç reçetelemek birden fazla istenmeyen etkiye neden olabilir. Hasta birden fazla ilaç yan etkisi ile karşılaşabilir veya ilaçlar, ilaç etkileşimi ile beraber etkinliklerinin bir kısmını yitirebilir. Ayrıca gereksiz ilaç reçetelemek hastada ilaç direnci ya da ilaç bağımlılığı gibi istenmeyen sonuçlar ortaya çıkarabilir. Dolayısıyla hekimlerin reçetelerinde yer alan ilaç kalem sayısının miktarı, akılcı ilaç kullanımı açısından çok önemlidir. Sonuç olarak yapılan durum tespiti ile beraber, aile hekimlerinin, hastalığın tedavisinde ilaç kullanımını öncelikli olarak gördükleri düşünülmektedir.

Aile hekimlerinin beyanlarına göre, mezuniyet sonrası meslekleri ile ilgili bir eğitim alma durumunu ortaya koyan verilerde, %66,2'sinin meslekleri ile ilgili herhangi bir eğitim aldığı %33,8'inin ise bu alanda eğitim almadığı ortaya çıkmıştır. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bir eğitim alıp almadıklarına yönelik beyanlarında ise %73'ü bu alanda eğitim aldığını, %27'si ise bu alanda eğitim almadığını belirtmiştir. Konu ile ilgili yapılan benzer çalışmalara bakıldığında Çalikoğlu (2006) tarafından Erzurum ilinde birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlere yönelik çalışmada katılımcıların %77'sinin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bir eğitim aldıkları görülmüştür. Saygılı ve Özer (2015) tarafından Kırıkkale ilinde yapılan çalışmada katılımcıların %73,6'sının mezuniyet sonrası meslekleri ile ilgili bir eğitim aldıkları görülmüştür. Yine aynı çalışmada katılımcıların %41,4'ünün akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitim aldıkları görülmüştür. Pilgir (2017) tarafından Samsun'da yapılan çalışmada araştırma görevlisi hekimlerin %49,8'i akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bir eğitim aldığı %50,2'sinin ise herhangi bir eğitim almadığı görülmüştür.

Yapılan çalışmalarda mezuniyet sonrası meslek ile ilgili alınan eğitimin yüzdeleri yakın iken akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yüzdeler birbirinden uzaktır. İlacın akılcı kullanımı, günümüz itibari ile önemli bir konu haline gelmiştir. Üniversitelerin Tıp Fakültesi sayılarının artması ve Sağlık Bakanlığı'nın akılcı ilaç kullanımı eğitimlerine verdiği önem ile beraber eğitim sayılarının da artmış olması beklenen bir sonuç olarak değerlendirilebilir.

Öte yandan bu çalışmada %33,8 ile hizmet içi eğitim almayan ve %27 ile akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitim almayan aile hekimlerinin tespit edilmesi düşündürücüdür. Tıp alanında ilaç bilgi ve çeşitliliğinin sürekli artması dikkate alınırse hekimlerin tüm bu gelişmeleri tıp fakültelerinde öğrenmesi mümkün değildir. Dolayısıyla hekimlerin bu

alandaki eğitimlerini mezuniyet sonrasında da devam ettirmeleri gerekmektedir (Akıcı ve diğerleri, 2002). Literatür araştırmalarına göre aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitim alma oranları yıllar içerisinde artış göstermiştir. Ancak, AİK eğitim sayısının istenilen düzeyin gerisinde kaldığı söylenebilir. Dolayısıyla hala akılcı ilaç kullanımı eğitimlerinin yaygınlaştırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitim alan aile hekimlerinin eğitim aldıkları yere ilişkin elde edilen verilerde ilk sırayı %51,8'lik oran ile Sağlık Bakanlığı, ikinci sırayı ise %20,3'lük oran ile Tıp Fakültesi almıştır. Mollahaliloğlu ve diğerleri (2011a) tarafından 12 farklı ilde yapılan çalışmada aile hekimlerinin %53,3'ü akılcı ilaç kullanımı eğitimlerini tıp fakülteleri ve meslek odalarının düzenledikleri eğitim programlarından aldıklarını beyan etmişlerdir. Saygılı ve Özer (2015) tarafından Kırıkkale'de yapılan çalışmada hekimlerin %58,3'ü akılcı ilaç kullanımı eğitimlerini tıp fakültelerinden %25'i ise Sağlık Bakanlığı'ndan aldıklarını belirtmişlerdir. Hekimlerin tıp eğitimleri esnasında AİK ile ilgili eğitim almaları gerekmektedir. Yapılan çalışmalara bakıldığında tıp fakültelerinden eğitim alan hekimlerin oranı istenilen seviyelerde değildir. Dolayısıyla üniversitelerin tıp fakültelerinde akılcı ilaç kullanımına yönelik olarak verilen eğitimlerin yetersiz olduğu ortaya çıkmıştır. Bu tespit, tıp fakültelerinde AİK eğitimlerine olan ihtiyacı işaret etmektedir.

Araştırmanın bu kısmında aile hekimlerine sorulan soruların öncelik sırasına göre birden üçe kadar sıralanması istenmiştir. Bu sorular ilaç reçete ederken yararlandıkları anamnez bilgileri, ilaçlarla ilgili olarak hastalara anlattıkları bilgiler, tedaviyi düzenlerken hastalarına hastalıkları ile ilgili anlattıkları bilgiler, ilaç seçiminde dikkate aldıkları kriterler ve reçeteleme yaparken yararlandıkları bilgi kaynaklarından oluşmaktadır. Literatür araştırmaları sonucunda hekimlerin bu kısımda tutarsız cevaplar verdikleri tespit edilmiştir. Örneğin, Akıcı ve diğerleri (2002) tarafından İstanbul'da pratisyen hekimlere yapılan çalışmada ilaç seçiminde fiyatı dikkate alıyor musunuz sorusuna katılımcıların yarısından fazlası dikkate aldıklarını ifade etmelerine rağmen, reçete ettiğiniz ilaçların fiyatlarını biliyor musunuz sorusuna ise katılımcıların yalnızca %11,6'sı evet yanıtını vermiştir. Ayrıca sık olarak reçete ettikleri 18 ilacın fiyatı sorulduğunda ortalama olarak bir ilacın fiyatını doğru olarak bildikleri görülmüştür. Dolayısıyla bu tutarsızlığı tekrarlamak yerine farklı bir ölçüm yolu denenmiştir. Bu kapsamda aile hekimlerinin öncelik olarak belirledikleri seçenekler akılcı ilaç kullanımı kapsamında değerlendirilmiş ve öncelik

olarak belirlemedikleri ifadeler ise onların akılcı ilaç kullanımı kapsamında eksik tarafları olarak değerlendirilmiştir.

Aile hekimlerinden ilaç reçete ederken yararlandıkları anamnez bilgilerini öncelik sırasına göre sıralamaları istenmiştir. Aile hekimlerinin beyanlarına göre en öncelikli bilgi %31,1 ile ilaç alerjisini sorgularım ifadesi ilk sırada yer alırken, %43,2 ile kronik hastalığı sorgularım ifadesi ikinci sırada ve %47,3 ile kullandığı ilaçları sorgularım ifadesi üçüncü sırada yer almıştır. Çalikoğlu (2006) tarafından Erzurum ilinde birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlere yönelik çalışmada pratisyen hekimlere, ilaç reçete ederken yararlandıkları anamnez bilgilerine katılımları her zaman, bazen ve hiçbir zaman şeklinde sorulmuştur. Çoğunluğun görüşü ile sırasıyla %59,9'luk her zaman ifadesi ile kullanılan ilaçları ve kronik hastalığın varlığı ilk sırada yer alırken, %57,9'luk her zaman ifadesi ile yaş ikinci sırada yer almıştır. Akıcı ve diğerleri (2002) tarafından İstanbul ilinde birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlere yönelik yapılan çalışmada pratisyen hekimlere, ilaç reçete edilmesinde hastaların anamnez bilgilerinden yararlanıp yararlanmadıkları sorulmuştur. Elde edilen verilere göre en yüksek katılım %93,2 ile kullandığı ilaçları sorgularım, %85,1 ile kronik hastalığını sorgularım ve %83,8 ile yaşını dikkate alırım ifadelerine olmuştur. Saygılı ve Özer (2015) tarafından Kırıkkale ilinde yapılan çalışmada hekimlere, ilaç reçete ederken yararlandıkları anamnez bilgilerine katılımları her zaman, sıklıkla, bazen, nadiren ve hiçbir zaman şeklinde sorulmuştur. Çoğunluğun görüşü ile sırasıyla %62,1'lik her zaman ifadesi ile hastanın yaşı ilk sırada yer alırken, %58,6'lık her zaman ifadesi ile kullanılan başka ilaçların varlığı ikinci sırada ve %49,4'lük her zaman ifadesi ile kronik hastalık öyküsü üçüncü sırada yer almıştır.

Hastanın klinik durumuna ve kişisel özelliklerine göre ilaç seçimi önemli bir etkidir (Saygılı ve Özer, 2015). Hekim, hastaya tanı koyduktan sonra hasta için en uygun ilaç seçimi yapacağı sırada hastanın bazı anamnez bilgileri ona yol gösterici olmalıdır (Akıcı ve diğerleri, 2002). Oysa bu çalışmada anketi yanıtlayan aile hekimlerinin yaş kriterini en önemli üç öncelik arasına almamaları düşündürücüdür. Yukarıda ifade edilen benzer araştırmalarda yaşını dikkate alırım ifadesi ilaç reçete ederken hekimler tarafından büyük oranda dikkate alınmıştır. Bu çalışmada anamnez ile ilgili bilgilerin en öncelikli olma durumu sorgulanırken yukarıda sözü edilen çalışmalarda ise tüm anamnez bilgilerine ait bir sorgulama yapılmıştır. Dolayısıyla bu çalışma ve benzer çalışmalar arasındaki yaşını dikkate alırım ifadesi ile ilgili farklılığın bu nedenden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Aile hekimlerinden ilaçlarla ilgili olarak hastalara anlattıkları bilgileri öncelik sırasına göre sıralamaları istenmiştir. Aile hekimlerinin beyanlarına göre en öncelikli bilgi %56,8 ile ilaç neden gereklidir ifadesi ilk sırada yer alırken, %43,2 ile ikinci ve %31,1 ile üçüncü sırayı benzer şekilde tedavi süresini söylerim ifadesi almıştır. Akıcı ve diğerleri (2002) tarafından İstanbul ilinde birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlere yönelik yapılan çalışmada pratisyen hekimlere, ilaçlar ile ilgili olarak hastayı bilgilendirme kriterini kullanıp kullanmadıkları sorulmuştur. Elde edilen verilere göre en yüksek katılım %90,2 ile kullanma talimatını anlatırım, %88,1 ile tedavi süresini söylerim ve %77,6 ile dozajını söylerim ifadelerine olmuştur. Doğukan (2008) tarafından Ankarada birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlere yönelik yapılan çalışmada pratisyen hekimlere, yazdıkları ilaçlar hakkında hastalarına verdikleri bilgilerin ve bilgi verme sıklıklarının dağılımı her zaman, bazen ve hiçbir zaman şeklinde sorulmuştur. Çoğunluğun görüşü ile sırasıyla %83,3'lük her zaman ifadesi ile uygulama şekli ilk sırada yer alırken, %82,4'lük her zaman ifadesi ile günlük dozu ve %78,4'lük her zaman ifadesi ile tedavi süresi üçüncü sırada yer almıştır. Akkurt (2016) tarafından Ankara'da yapılan çalışmada ise hekimlere ilaçlar ile ilgili hastalara bilgilendirme yaparken en sık verdikleri bilgiler sorulmuştur. Çoğunluğun görüşüyle sırasıyla %88,3'lük oranla ilacın uygulama şekli ilk sırada yer alırken, %86,7'lik oranla günlük dozajı ikinci sırada ve %80,6'lık oranla tedavi süresi üçüncü sırada yer almıştır.

Akılıcı ilaç kullanımı ilkelerine göre hastanın tedavisi ile ilgili konularda açık ve anlaşılır olarak yeterince bilgilendirilmesinden sorumlu kişi hekimdir (WHO, 1987; De Vries ve diğerleri, 1994). Hekimin reçete ettiği ilaçlar hakkında hastayı doğru ve eksiksiz olarak bilgilendirmesi AİK açısından çok önemli olmasına rağmen bu çalışmada hekimin en önemli öncelikleri arasında ilacın kullanma talimatının olmaması akılıcı olmayan ilaç kullanımına neden olabilecek bir etken olarak görülmektedir.

Aile hekimlerinden tedaviyi düzenlerken hastalarına hastalıkları ile ilgili anlattıkları bilgileri öncelik sırasına göre sıralamaları istenmiştir. Aile hekimlerinin beyanlarına göre en öncelikli bilgi %29,7 ile adını söylerim ifadesi ilk sırada yer alırken, %31,1 ile ne kadar süreceğini söylerim ifadesi ikinci sırada ve %35,1 ile olası komplikasyonlarını söylerim ifadesi üçüncü sırada yer almıştır.

Hastalara problemlerinin ne olduğunun tanımlanması en doğal haklarıdır. Hastaların tedavilerinin tamamıyla ilgili bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Tanı ve tedavileri ile ilgili yeterli bilgi sahibi olan hastalar, hekimlere daha fazla güven duymaktadırlar (Akıcı ve diğerleri, 2002). Dolayısıyla hekimlerin ilk öncelik olarak hastalara, hastalık isimlerini söylemeleri akılcı ilaç kullanımı açısından olumlu bir davranıştır.

Aile hekimlerinden ilaç seçiminde dikkate aldıkları kriterleri öncelik sırasına göre sıralamaları istenmiştir. Aile hekimlerinin beyanlarına göre en öncelikli kriter %41,9 ile etkinlik kriteri ilk sırada yer alırken, %32,4 ile etkinlik ve uygunluk kriterleri ikinci sırada ve %25,7 ile uygunluk kriteri yine üçüncü sırada yer almıştır. Akıcı ve diğerleri (2002) tarafından İstanbul’da yapılan çalışmada, pratisyen hekimlerin ilaç seçiminde dikkate aldıkları ilk kriter %84,4 katılımı ile etkinlik olarak belirlenmiştir. Vançelik ve diğerleri (2006) tarafından Erzurum ilinde pratisyen hekimlere yönelik yapılan çalışmada, pratisyen hekimlerin ilaç seçiminde en önemli gördükleri kriter %66,4 ile ilacın etkinliği olmuştur. Yunanistan’da yapılan bir araştırmada hekimlerin ilaç seçimindeki en önemli kriterinin ilacın klinik etkinliği olduğu belirtilmiştir (Theodorou ve diğerleri, 2009). Mollahaliloğlu ve diğerleri (2011a) tarafından 12 farklı ilde yapılan çalışmada aile hekimlerinin ilaç seçerken en sık dikkate aldığı kriterin yine %97,4 katılımı ile etkinlik olduğu belirlenmiştir. Pilgir (2017) tarafından Samsun’da yapılan çalışmada araştırma görevlisi hekimlerin ilaç seçiminde en çok dikkate aldıkları kriter %59 çoğunlukla etkinlik olarak belirlenmiştir.

İlaç reçete etmede ve ilaç seçiminde hekimlere yardımcı olması amacıyla iyi reçete yazma rehberi DSÖ tarafından oluşturulmuştur. Bu rehber, ilaç seçiminde etkinlik, güvenlik, uygunluk ve maliyet ölçütlerinden oluşmaktadır (Gülhan, 2013). Dolayısıyla AİK’nin en önemli kriterlerinden olan güvenlik ve maliyet kriterlerinin bu çalışmada aile hekimleri tarafından ilaç seçiminde en önemli öncelik olarak görülmemesi akılcı olmayan ilaç kullanımına neden olabilecek bir etken olarak görülmektedir.

Aile hekimlerinden reçeteleme yaparken yararlandıkları bilgi kaynaklarını öncelik sırasına göre sıralamaları istenmiştir. Aile hekimlerinin beyanlarına göre en öncelikli kaynak %60,8 ile tanı ve tedavi rehberleri ilk sırada yer alırken, %31,1 ile ilaç prospektüsleri ikinci sırada ve %28,4 ile vademecum üçüncü sırada yer almıştır. Abdelaziz ve arkadaşları (2002) tarafından Tunus’ta pratisyen hekimlerin kullandıkları farmasötik bilgi kaynaklarını ölçmek amacıyla 140 pratisyen hekime yapılan çalışmada %86 ile

hekimlerin yararlandıkları bilgi kaynağı ilaç rehberleri olarak ilk sırada yer almıştır. Akıcı ve diğerleri (2002) tarafından İstanbul'da yapılan çalışmada pratisten hekimlerin en çok faydalandıkları ilaç bilgi kaynakları arasında %93,9 ile vademecum, %31,8 ile farmakoloji kitapları ve %27 ile ilaç prospektüsleri yer almaktadır. Çalikoğlu (2006) tarafından Erzurum'da yapılan çalışmada pratisyen hekimlere, reçete yazımı ile ilgili bir sorunla karşılaşıldığında başvurdukları kaynakların sıklık derecesine göre dağılımı en sık, sık ve nadiren şeklinde sorulmuştur. Buna göre katılımcıların %73,7'si ilaç rehberi, %48,7'si tıp kitapları ve %33,6'sı ilaç firması tanıtımı kaynaklarını seçmişlerdir. Doğukan (2008) tarafından Ankara'da yapılan çalışmada pratisyen hekimlerin yararlandığı bilgi kaynakları arasında ilk sırada %86,7 ile vademecum yer alırken, %65,3 ile tanı ve tedavi rehberleri ikinci sırada ve %27,6 ile ilaç firmaları üçüncü sırada yer almaktadır. Saygılı ve Özer (2015) tarafından Kırıkkale ilinde hekimlere yönelik yapılan çalışmada reçeteleme yaparken başvuru bilgi kaynakları sorulmuştur. Buna göre %82,1 ile vademecum, %53,8 ile internet ve %51,3 ile tanı ve tedavi rehberleri en çok kullanılan kaynaklar olmuştur.

Yapılan çalışmaların yıllarına bakıldığında çalışmalar arasında uzun yıllar olmasına rağmen ilaç reçeteleme yaparken kullanılan kaynaklar arasında vademecum en çok tercih edilen kaynaklar arasında yer almaktadır. Vademecum'un kullanımının pratik olması, her yıl güncelenmesi ve kolaylıkla ulaşılabilir olması bu durumun nedeni olarak görülmektedir (Doğukan, 2008: 68). Yapılan çalışmalardaki bulgulara göre hekimlerin reçeteleme yaparken yararlandıkları kaynaklar arasında genel olarak benzerlik görülsede çalışmanın yapıldığı yıllara göre bazı kaynaklar farklılıklar göstermektedir. Bu durumun nedenleri arasında yararlanılan kaynakların anketlerde farklı isimler altında listelenmesi, tanı ve tedavi rehberlerinin 2003 yılından itibaren hizmete sunulmuş olması ve teknoloji ile internetin sunmuş olduğu imkânlar gösterilebilir. Öte yandan tanı ve tedavi rehberlerinin hekimler tarafından en çok kullanılan kaynaklar arasında olması AİK kapsamında olumlu bir sonuç olarak görülmüştür.

Bu çalışmada hekimlere, hastalarınıza ilaç dışı tedavi öneriyor musunuz sorusu sorulmuştur. Katılımcıların %55,4'ü sıklıkla ve %36,5'i her zaman yanıtını vermiştir. Akıcı ve diğerleri (2002) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların sadece %12,2'si hastalara ilaç dışı tedavi öneriyor musunuz sorusuna evet yanıtını vermiştir. Doğukan (2008) tarafından yapılan çalışmada hekimlerin %74,3'ü hastalara ilaç dışı tedavi

önerdiklerini ifade etmişlerdir. Mollahaliloğlu ve diğerleri (2011a) tarafından yapılan çalışmada aile hekimlerin %25,3'ü her zaman ve %22,3'ü ise bazen hastalara ilaç dışı tedavi önerdiklerini belirtmişlerdir. Görüldüğü üzere çalışmalarda hekimlerin ilaç dışı tedaviyi önerme görüşleri yıllar içerisinde farklılık göstermiştir. Bu farklılık AİK açısından olumlu olarak değerlendirilmektedir. Nitekim yıllar içerisinde hekimlerin tedavide ilaca bağımlılığı azalmıştır.

Tedavisi ile ilgili verdiğiniz bilgileri hastalarınız anlıyor mu sorusuna hekimlerin %47,3'ü sıklıkla ve %39,2'si bazen yanıtını vermiştir. Akıcı ve diğerleri (2002) tarafından yapılan bezer çalışmada ise katılımcıların %22,1'i bu soruya olumlu yanıt vermiştir. Hekim ve hasta arasında nitelikli bir iletişimin olabilmesi için her iki tarafın bilgi düzeylerinin belirli bir seviyede olması gerekmektedir. Geçmişe nazaran sağlık hizmetlerinin modernleşmesi ve insanların bilgi birikiminin artması çalışmalar arasındaki bu farklılığı ortaya çıkarmış olabilir. Hekimin hastaya aktardığı bilgileri hastanın anlayacağı bir dil ile aktarması gerekmektedir. Dolayısıyla hastanın tedaviye uyumu ve tedavinin başarısı için hekim çabasının artması gerekmektedir.

Düzenlenen tedavinin maliyetini dikkate alıyor musunuz sorusuna hekimlerin %37,8'i sıklıkla ve %28,4'ü bazen yanıtını vermiştir. Öte yandan aynı soruya katılımcıların %4,1'inin hiçbir zaman ve %9,5'inin nadiren cevaplarını vermeleri düşündürücüdür. Denig ve arkadaşları (1995) tarafından yapılan çalışmada pratisyen hekimlerinin 1/3'ünün reçetele esnasında maliyeti düşünmediklerini belirtmişlerdir. Doğukan (2008) tarafından Ankara'da yapılan çalışmada hekimlerin maliyet kriterini dikkate alma oranı %68,9 olarak belirlenmiştir.

Tedavinin maliyeti, ister devlet ve sigorta şirketleri tarafından ister kişinin kendisi tarafından karşılanmasından bağımsız olarak gelişmiş veya gelişmekte olan ülkeler açısından önemli bir konudur. Hekim deneyimlerine göre tedavinin pahalı olması maliyet açısından uygun olmadığı gibi her har zaman en etkili seçenek arasında da olmayabilir (Akıcı ve diğerleri, 2002). Türkiye'de sağlık harcamalarına ayrılan pay içerisinde ilaç harcamalarının payının yüksek olması hekimlerin reçete etmede maliyeti dikkate almalarının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

İlaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor musunuz sorusuna katılımcıların %35,1'i nadiren ve %14,9'u bazen yanıtlarını vermiştir. Öte yandan katılımcılara diğer hekimlerin ilaç sunumlarından etkilenip etkilenmediği sorulduğunda ise %43,2'si nadiren ve %28,4'ü bazen yanıtlarını vermiştir. Her bir hekim, kendisinin ilaç tanıtım sunumlarından az etkilendiğini belirtirken diğer hekimlerin ise kendisine oranla daha fazla etkilendiğini düşünmektedir. Buradan hekimlerin aslında ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkilendiği sonucu ortaya çıkmaktadır. Nitekim benzer çalışmalara bakıldığında aynı sonuçlar görülmektedir. Akıcı ve diğerleri (2002) tarafından yapılan çalışmada ilaç tanıtım sunumlarından etkilendiğini belirten hekimlerin oranı %32,2 iken diğer hekimlerin etkilendiğini belirten hekimlerin oranı ise %73,5 olarak belirlenmiştir. Prosser ve arkadaşları (2003) tarafından İngiltere'de pratisyen hekimlere yönelik yapılan çalışmada, hekimlerin reçete etmede en çok etkilendikleri kriterin %39 ile ilaç firmaları olduğu ortaya çıkmıştır.

İlaç firmalarının tanıtım faaliyetlerini yapan temsilcilerin yalnızca %13'ünün sağlık ile ilgili bir bölümden mezun olması hekimlere yapılan ilaç sunumu açısından endişe vermektedir (Kılıç, Kulaç ve Simai 2004). Şüphesiz ilaç firmaları için hekimleri etkileyip ürünlerini tanıtmaya ve pazarlama faaliyetleri varlıklarını devam ettirebilmeleri açısından son derece önemlidir. Özellikle yeni mezun olmuş ve deneyimsiz hekimler ilaç firmaları için hedef kişiler arasında yer almaktadır. Etik açıdan düzenleme ve durumun kontrolü gerekmektedir.

Aile hekimlerine, hastaların özellikle talep ettiği ilaçları yazar mısınız sorusu sorulmuştur. Katılımcıların %40,5'i bazen ve %8,1'i sıklıkla yanıtlarını vermiştir. Akıcı ve diğerleri (2002) tarafından yapılan çalışmada hekimlerin %69,4'ü hastaların talep ettiği ilaçları bazen yazdıklarını belirtmişlerdir. Çalıkoglu (2006) tarafından Erzurum'da yapılan çalışmada hekimlerin %91,4 ile ilaç yazdırma talebi ile karşılaştıklarını ve bu taleplerin %30,3'üne ilaçları her zaman yazdıklarını beyan etmişlerdir. Doğukan (2008) tarafından Ankara'da yapılan çalışmada hekimlerin %12,3'ü hastaların talep ettikleri ilaçları yazdığını, %61,3'ü ise bazen yazdığını belirtmiştir. Mollahaliloğlu ve diğerleri (2011a) tarafından yapılan çalışmada aile hekimlerinin %1,6'sı her zaman ve %71,3'ü bazen cevapları ile hastaların talep ettikleri ilaçları yazdıklarını belirtmişlerdir. Saygılı ve Özer (2015) tarafından yapılan çalışmada hekimlerin %59,8'i hastaların talep ettikleri ilaçları

yazdıklarını belirtmişlerdir. Akkurt (2016) tarafından Ankara’da yapılan çalışmada ise hekimlerin %45,8’i hastaların talep ettikleri ilaçları bazen yazdıklarını belirtmişlerdir.

Sağlık hizmeti sunumunda hekim ve hasta arasında bilgi asimetrisi vardır. Yani hasta alacağı tedaviye veya kullanacağı ilaca kendisi karar veremez. Bu aşamada hekimin kendisine sunduğu hizmeti veya ilacı almak durumundadır. Aile hekimlerinin kronik hastalığı olan hastalara, kullandıkları raporlu ilaçlarını tekrar reçeteye yazmaları göz önüne alınırsa elde edilen sonuçlar biraz daha olumlu görülebilir ancak hekimlerin, hastaların talep ettiği ilaçları yazması AOİK’ye neden olabilecek bir davranış olarak görülmektedir. Öte yandan hastaların ilaç talebinde bulunması da toplumun AİK ile ilgili eğitime gereksinimi olduğunu göstermektedir.

Muayene etmeden, hastanın rahatsızlığına göre ilaç reçete etme durumları sorgulandığında aile hekimlerinin %58,1’i hiçbir zaman ve %35,1’i nadiren cevaplarını vermiştir. Öte yandan aile hekimlerinin %4,1’i sıklıkla ve %2,7’si bazen olmak üzere hastayı muayene etmeden ilaç reçete ettiklerini beyan etmişlerdir. Doğukan (2008) tarafından yapılan çalışmada hekimlerin %53,3’ü hastayı muayene etmeden ilaç yazmadıklarını %2,9’unun ise bazen yazdıklarını belirtmişlerdir. Mollahaliloğlu ve diğerleri (2011a) tarafından yapılan çalışmada aile hekimlerinin %44’ü hastayı muayene etmeden ilaç reçete etmedikleri ve %1,4’ünün ise hastayı muayene etmeden ilaç reçete ettikleri tespit edilmiştir. Saygılı ve Özer (2015) tarafından yapılan çalışmada hekimlerin %10,5’i muayene etmeden ilaç reçete ettiklerini aksi halde tartışma çıktığını ifade etmişlerdir.

Bu olumlu sonuçlara rağmen her dört çalışmada da azımsanamayacak oranda aile hekimlerinin muayene etmeden ilaç reçete ettikleri tespit edilmiştir. Muayene etmeden ilaç yazılması, çoğu kez hasta talebi olan ilaçların reçete edilmesi ile bire bir ilişkilidir. Hastanın yeterli muayenesi yapılmadan tedavisinin düzenlenmesi, AOİK’ye neden olan etkenlerden biridir (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2011a: 123).

Daha önce başka bir hekim tarafından reçete edilmiş olan ilacı, hastayı muayene etmeden tekrar reçete etme durumları sorgulandığında aile hekimlerinin %45,9’u hiçbir zaman, %35,1’i nadiren ve %18,9’u bazen yanıtlarını vermiştir. Bu verilere göre aile hekimlerinin muayene etmeden hastalara ilaç reçete ettikleri anlaşılmaktadır. Oysa aile

hekimlerine muayene etmeden, hastanın rahatsızlığına göre ilaç reçete eder misiniz diye sorulduğunda katılımcıların %4,1'i sıklıkla ve %2,7'si bazen yanıtını vermiştir. Aile hekimlerinin muayene etmeden yaptıkları reçetelerin raporlu ilaç olma ve reçete tekrarı gibi özel durumların tam sayısı bilinemediğinden dolayı sağlıklı bir değerlendirme yapılamamıştır.

Akılcı ilaç kullanımının bir gereği olarak, reçetesi yazılan her hastanın, bu reçeteyi yazan hekimin hastası olarak görülmesi gerekmektedir. Hekimlerin sık yaptıkları reçete tekrarı dikkate alınırsa, aile hekimlerinin bu hususta bilinçlendirilmeye ihtiyaçları bulunmaktadır (Mollahaliloğlu ve diğerleri, 2011a: 118).



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, Bitlis ilinde hizmet veren aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin tespiti amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda, Bitlis ilinde aile hekimliği hizmetinde bulunan toplam 74 kişi üzerinde anket uygulanmıştır. Çalışma sonucunda yapılan testler ve testlerin analizi sonrası aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

Katılımcıların %87,8'inin erkek, %12,2'sinin ise kadın olduğu ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların %70,3'ünün 24-33 yaş aralığında; %21,6'sının 34-43 yaş aralığında; %6,8'inin 44-53 yaş aralığında ve %1,4'ünün ise 54-63 yaş aralığında olduğu ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun (7 kişi) Atatürk ve Dicle Üniversitesi 'ne bağlı Tıp Fakültesinden mezun olduğu bunu sırası ile Gaziantep, İnönü ve İstanbul (5 kişi) Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olan aile hekimlerinin oluşturduğu ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların tümünün ünvanlarının pratisyen hekim olduğu ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların %55,4'ünün mesleki tecrübesinin 1-5 yıl; %25,7'sinin 6-10 yıl; %12,2'sinin 11-15 yıl; %4,1'inin 16-20 yıl ve %2,7'sinin ise 21 ve üzeri yıl tecrübesi olduğu ortaya çıkmıştır.

Yine katılımcıların büyük çoğunluğunun (%37,8'i) günde ortalama 21-30 hasta muayene ettiği ortaya çıkmıştır. Yine bu doğrultuda araştırmaya katılan 25 aile hekimi günde 11-20, bir diğer 9 aile hekimi ise günde ortalama 1-10 hasta muayene ettiklerini belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin günde muayene ettiği hasta sayısının genel ortalaması ise 25,14'tür.

Yine katılımcıların büyük çoğunluğunun (%21,6'sı) tedavi amaçlı gelen hastaların %71-80'ine reçete yazdıklarını bir diğer yoğun katılım gösteren aile hekimlerinin (%13,5'i) hastaların %11-20 ve %51-60'ına reçete yazdıkları görülmüştür.

Yine katılımcıların hastalara yazmış oldukları reçetelerde daha çok üç kalemlik ilaca yer verdiği 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 kalemlerinin takip ettiği ortaya çıkmıştır. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin reçetelerindeki ilaç kalem sayısının genel ortalaması ise 2,79'dur.

Yine katılımcıların mezuniyet sonrası meslekleri ile ilgili bir eğitim alma durumunu ortaya koyan verilerde, %66,2'sinin meslekleri ile ilgili herhangi bir eğitim aldığı %33,8'inin ise bu alanda eğitim almadığı ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bir eğitim alıp almadığına yönelik elde edilen verilerde ise, %73'ü bu alanda eğitim aldığını, %27'si ise bu alanda eğitim almadığını belirttiği görülmüştür.

Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitim alan aile hekimlerinin eğitim yerlerine ilişkin elde edilen verilerde büyük çoğunluğunun bu eğitimi Sağlık Bakanlığından aldığı ortaya çıkmıştır. Yine bu alanda eğitim alan aile hekimlerinin %20,3'ünün eğitimi Tıp Fakültesindeki eğitim sürecinde, %13,5'inin Halk Sağlığı Müdürlüğü, İl Sağlığı Müdürlüğü ve Hizmet İçi Eğitimlerde %1,4'ünün ise İlaç firmaları vasıtasıyla bu eğitimi aldıkları ortaya çıkmıştır.

Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili alınan eğitimlerin yeterlilik düzeyine yönelik elde edilen verilerde ise katılımcıların çoğunun bu eğitimleri yeterli bulduğu (%64,8'i) ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların ilaç reçetelemesi yaparken hastanın hangi anamnez bilgilerinden yararlandığı ile ilgili sonuçlarda 1. önceliğin "İlaç alerjisini sorgularım", 2. önceliğin "Kronik hastalığı sorgularım" ve 3. önceliğin ise "Kullandığı ilaçları sorgularım" ifadesine ait olduğu ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların ilaçlarla ilgili olarak bilgilendirmede hastaya neleri anlattığı ile ilgili sonuçlarda 1. önceliğin "İlaç neden gereklidir", 2. ve 3. önceliğin ise benzer şekilde "Tedavi süresini söylerim" ifadelerini aktardığı ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların tedavi düzenlenmesinde hastalara hastalığı ile ilgili hangi bilgileri aktardığı ile ilgili sonuçlarda 1. önceliğin "Adını söylerim", 2. önceliğin "Ne kadar

süreceğini söylerim” ve 3. önceliğin ise “Olası komplikasyonlarını söylerim” ifadesine ait olduğu ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların ilaç seçiminde göz önüne aldığı kriterler ile ilgili sonuçlarda 1. önceliğin “Etkinlik” kriterinde, 2. ve 3. önceliğin ise, “Etkinlik” ve “Uygunluk” kriterlerine ait olduğu ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların reçeteleme yaparken hangi bilgi kaynaklarından yararlandığı ile ilgili sonuçlarda 1. önceliğin “Tanı ve tedavi rehberleri”, 2. önceliğin “İlaç prospektüsleri” ve 3. önceliğin ise “Vademecum” kaynaklarına ait olduğu ortaya çıkmıştır.

Araştırmaya katılanların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerini ortaya koyan “Hekim-Hasta İlişkisi” boyutunda en yüksek değerli ortalamanın “Hastaya hastalığını ve nedenlerini anlatır mısınız?” ve “Tedavi uygulama gerekçelerini hastaya anlatır mısınız?” (Ort.=4,31) ifadesi ile sağladığı ortaya çıkmıştır. Yine, “Hekim-hasta ilişkisi” boyutu içerisinde en düşük ortalamanın ise “Hastaların özellikle talep ettikleri ilaçları yazar mısınız?” ifadesine ait olduğu görülmüştür (Ort.=2,46).

Araştırmaya katılanların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerini ortaya koyan “Hekim - Tedaviyi Düzenleme ilişkisi” boyutunda en yüksek değerli ortalamanın “Hastalarınıza ilaç dışı tedavi (diyet, egzersiz, sigara ve alkolden uzak durma vb.) öneriyor musunuz?” (Ort.=4.24) ifadesi ile sağladığı ortaya çıkmıştır. Yine, “Hekim-Tedaviyi Düzenleme İlişkisi” boyutu içerisinde en düşük ortalamanın ise “Tedavi için gerekli olan ilaç sayısından daha fazla ilacı reçeteye yazar mısınız?” ifadesine ait olduğu görülmüştür (Ort. =1.59).

Araştırmaya katılanların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerini ortaya koyan “Hekim - İlaç Bilgisi İlişkisi” boyutunda en yüksek değerli ortalamanın “Planladığınız tedavinin amacına en uygun ilacı seçmekte kararsız kaldığınızda meslek grubunuzdaki hekimlere danışır mısınız?” (Ort.=3.66) ifadesi ile sağladığı ortaya çıkmıştır. Yine, “Hekim - İlaç Bilgisi İlişkisi” boyutu içerisinde en düşük ortalamanın ise “Muayene etmeden, hastanın rahatsızlığına göre ilaç reçete eder misiniz?” ifadesine ait olduğu görülmüştür (Ort.=1.53).

Araştırma kapsamında oluşturulan hipotezlerin 0,05 anlamlılık düzeyinde istatistiksel açıdan farklılığının olup olmadığı da tespit edilmiştir. Bu tespit ikili değişkenler için Bağımsız Örneklem T-Testi ile ikiden fazla değişkenler için Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizi ile gerçekleştirilmiştir.

Yapılan çözümlemeler sonucunda;

“Cinsiyet” değişkenine göre, katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı ortaya çıkmıştır ($F(72)=1.70, p= .60$).

“Yaş” değişkenine göre, katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı ortaya çıkmıştır ($F(.69), p= .49$).

“Mesleki tecrübe” değişkenine göre, katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı ortaya çıkmıştır ($F(1.338), p= .27$).

“Reçetede yazılan ortalama ilaç kalem sayısı” değişkenine göre, katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı ortaya çıkmıştır ($F(.34), p= .54$).

“Mezuniyet sonrası mesleğe yönelik eğitim alma durumu” değişkenine göre, katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı ortaya çıkmıştır ($F(72)=0.72, p= .51$).

“Akılcı ilaç kullanımına yönelik eğitim alma durumu” değişkenine göre, katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşlerinin gruplar arasında anlamlı bir farklılık oluşturmadığı ortaya çıkmıştır ($F(72)=0.26, p= .06$).

Araştırmada katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile günlük ortalama muayene edilen hasta sayısı arasındaki ilişki de ortaya konmuştur. Buna göre söz konusu ilişkinin pozitif yönlü olduğu ortaya çıkmıştır ($r= .35; p=.002$). Sonuç olarak, aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımlarına yönelik görüşleri ile günlük ortalama muayene edilen hasta sayısı arasında doğrusal bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Bu ilişki, günlük

muayene edilen hasta sayısı arttıkça aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik hasta ile olan iletişimi, tedaviyi düzenleme becerisi ve ilaç bilgi düzeyi görüşlerinin ortalama düzeyleri de aynı oranda arttığı ortaya çıkmıştır. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin tamamı pratisyen hekimlerden oluşmaktadır. Elde edilen bulgularda (bkz. Çizelge 5.4) aile hekimlerinin mesleğe başlangıç yıllarında oldukları görülmüştür. Mesleki tecrübenin bilgi ve beceriyi artırdığı düşünüldüğünde aile hekimlerinin muayene ettikleri hasta sayısının artması ile beraber akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve becerilerinin de arttıracağı sonucu çıkarılabilir.

Araştırmada katılımcıların akılcı ilaç kullanımına yönelik görüşleri ile hastalara yazılan reçete oranlarının yüzdelik dilimleri arasındaki ilişki de ortaya konmuştur. Buna göre söz konusu ilişkinin negatif yönlü olduğu ortaya çıkmıştır ($r = -.04$; $p = .007$). Sonuç olarak, aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımlarına yönelik görüşleri ile hastalara yazılan reçete oranlarının yüzdelik dilimleri arasında ters bir ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Bu ilişki, hastalara yazılan reçete oranlarının yüzdelik dilimleri arttıkça aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımına yönelik hasta ile olan iletişimi, tedaviyi düzenleme becerisi ve ilaç bilgi düzeyi görüşlerinin ortalama düzeyleri de aynı oranda azalacağı ortaya çıkmıştır. Elde edilen bulgulara göre (bkz. Çizelge 5.6) aile hekimlerinin muayene ettikleri hastaların büyük çoğunluğuna reçete yazdıkları ortaya çıkmıştır. Akılcı ilaç kullanımına ters düşen bu durum, hastalığın tedavisinde ilaca olan bağımlılığın yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Bu sonuç, araştırmada belirlenen problemi destekler niteliktedir.

Araştırma sonuçlarına göre aile hekimlerinin hasta ile olan iletişimleri genel olarak iyi durumdadır. Ancak, istenilen düzeyde değildir. Nitekim akılcı ilaç kullanımının gereği olan hastanın tedaviye katılımı konusunda bazı hekimlerin hastaya hastalığı, tedavisi ve kullanacağı ilaçları hakkında yeterince bilgilendirme yapmadığı ortaya çıkmıştır.

Aile hekimlerinin tedavinin maliyetini ve gerçekleştirilebilirliğini dikkate alma düzeyleri orta seviyededir. Hekimlerin muayene ettikleri hastalara reçete yazma eğilimleri çok yüksektir. Tedavi için gerekli olan ilaç sayısından daha fazla ilacı reçeteye yazma davranışları bulunan aile hekimlerinin ilaç dışı tedaviye yeterince başvurmadıkları ve hastaları muayene etmeden ilaç yazma alışkanlıkları da bulunmaktadır. Aile hekimlerinin hastaların talep ettiği ilaçları yazdıkları da ortaya çıkmıştır. Bu durum araştırmaya katılan aile hekimlerinin yeterince akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgilerinin olmadığı anlamına

gelir. Çünkü akılcı ilaç kullanımına uygun hareket edildiğinde tedavide, ilaca olan bağımlılık azalmaktadır. Ayrıca bazı hastalıkların tedavisinde ilaç dışı yöntemlerin çok etkili olduğu bilinmektedir. Örneğin, kas ve eklem ağrılarında egzersizin önerilmesi, kalp yetmezliğinde sigara ve alkolün bırakılması ile diyetin önerilmesi gibi.

Aile hekimlerinin ilaç bilgi düzeylerinin orta düzeyde olduğu anlaşılmıştır. Tedaviye uygun ilacı seçmek için ilaçlar hakkında yeterince bilgili olmak gerekmektedir. Doğru ilacın seçilebilmesi için ilaçlar ile ilgili etkinlik, uygunluk, güvenlik ve fiyat kriterlerinin bilinmesi gerekmektedir. Aile hekimlerinin ilaçlar ile ilgili yeterince eğitim almadıkları göz önüne alınırsa (Bkz. Çizelge 5.8 ve Çizelge 5.9), hekimlerin ilaç tercihleri kişisel deneyimlerine ve meslek grubundaki hekimlerin görüşlerine dayanmaktadır. Öte yandan son 10 yıl içerisinde aile hekimlerinin ilaç seçiminde Sağlık Bakanlığının önerdiği kaynakları kullanma oranı artarken ilaç firmalarının yönlendirmelerinden ise uzaklaştığı ortaya çıkmıştır.

Araştırma bulgularına göre öneriler geliştirilmiş ve aşağıda sıralanmıştır:

- Aile hekimlerinin ilacın akılcı kullanımı hakkındaki bilgi düzeyleri henüz istenilen seviyelerde değildir. Yapılan araştırmalar, hekimlerin özellikle akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitimsel bir eksikliğin olduğuna işaret etmektedir. Bu araştırma kapsamında hekimlere uygulanan anket sonrasında hekimlerin görüşlerine başvurulmuş ve akılcı ilaç kullanımı ile ilgili genel bir değerlendirme yapmaları istenmiştir. Hekimlerin genel olarak çok az eğitim aldıkları ve bu eğitimlerin de yüzeysel olduğu anlaşılmıştır. Bu araştırmada elde edilen verilere göre üniversitelerde verilen farmakoloji eğitimlerinin yetersiz olduğu ortaya çıkmıştır. Bu durum hekimler açısından akılcı ilaç kullanımına karşı bir ciddiyetsizlik algısı yaratmaktadır. Hekimlere verilen AİK eğitimlerin önemi tıp fakültelerinde anlatılmalı ve bu eğitimler yüzeysel olmamalıdır.
- Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitim sayısının artması her zaman işe yaramayabilir. Önemli olan bu eğitimlerin ulaştığı hekim sayısının artmış olmasıdır. Nitekim AİK ile ilgili yapılan çalışmalarda eğitim sayısının her geçen yıl artmış olduğu görülmekte ise de hala önemli sayıda hekimin AİK ile ilgili eğitim almadığı tespit edilmiştir. Dolayısıyla AİK eğitimi almamış hekimlerin tespit edilmesi ve onlara

yönelik bir takım faaliyetlerin yapılmasının daha yararlı olacağı düşünülmektedir. Eğitim alan hekim sayısının artmaya başlaması ile hekimler arasındaki farkındalık ve ciddiyetin de artacağı beklenmektedir.

- Hekimlerin AİK ile ilgili aldıkları eğitimlerin başarısı ölçülmelidir. Hekimlerin eğitimden önceki ve sonraki performansları karşılaştırılmalıdır. Eğitim sonrasındaki performanslarında bir iyileşme yoksa eğitimin niteliği gözden geçirilmelidir.
- Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili düzenlenecek eğitimlerin içeriği hakkında hekimlere danışılmalı, görüşleri alınmalı ve kararlara katılımları sağlanmalıdır.
- İlaç sayı ve çeşitliliği artmaktadır. Dolayısıyla hekimlerden tüm bu değişimleri takip etmesi ve bilgilerini güncellemesi beklenemez. Hekimlerin en çok tercih ettiği ilaç sayı ve çeşitliliği ile ilgili yeterli bilgiye sahip olması daha uygun görülmektedir. Öte yandan hasta sağlığı açısından gerekli olan ve piyasaya yeni sunulan etkili, güvenilir, uygun ve maliyet açısından elverişli olan ilaçların da kullanımına ihtiyaç duyulmaktadır. Burada da hizmet içi eğitimlerin varlığı önemli olmaktadır. Belirli dönemlerde güncel hizmet içi eğitimlerin verilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.
- Akılcı olmayan ilaç kullanımına sebep olan hekim kaynaklı davranışlar tespit edilmeli ve bu hatalı davranışlara karşı farkındalık artırılmalı ve önlemler alınmalıdır.
- Hekimlerin ilaç firmaları ile olan ilişkileri kontrol altına alınmalı ve ilaç firmalarının ilaç ile ilgili tanıtımlarına düzenlemeler getirilmelidir.
- Türkiye’de ilaç harcama miktarının fazla olması ve ilaç dışı tedavi maliyetinin de düşük olması, ilaç dışı tedaviyi özendirecek faaliyetlerin yaygınlaştırılması gerektiğine işaret etmektedir. Bu faaliyetlerdeki artışın ülkemizdeki gereksiz ilaç harcama sorununa katkı sağlayacağı açıktır.
- Düzenlenen tedavinin sonuçlarını değerlendirmek sonraki tedavilere ve yapılacak planlamalara yardım eder. Hekimin, hastalığın tedavisi için uygun gördüğü ilacın

veya ilaç dışı tedavinin başarılı olup olmadığını görmesi mesleki tecrübesi açısından yararlıdır. Hekimin hastaya uygun gördüğü ilacın sonuçlarını değerlendirememesi ise akılcı ilaç kullanımı açısından bk bir eksiklik oluşturmaktadır. Bu konu ile ilgili hekimlere ve hastalara bir takım bilinçlendirme çalışmalarının yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

- Hekimlerin oluşturduğu reçeteler izlenmeli, değerlendirilmeli ve eleştiriye açık bir hale getirilmelidir. Gerektiğinde hekimlere, uygunsuz reçeteleri ile ilgili bilgilendirme yapılmalı ve hekimlerin ilaç maliyetlerini daha fazla dikkate almalarını sağlayacak çalışmalar yapılmalıdır.
- Toplumun akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgisini ölçecek çalışmalar yapılmalı ve sonuçlara göre topluma eğitimler verilmelidir.
- Birinci basamakta hizmet sunan kurumların altyapı ve tesis olanakları geliştirilmelidir. Böylece daha iyi tedavi hizmetleri verilebilecek ve hekimlerin ilaç ile tedavi düzenleme bağımlılığı azaltılmış olacaktır.

KAYNAKLAR

- Abacıoğlu, N. (2005). “Akılcı (rasyonel) ilaç kullanımı”. *Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi*, 5(4), 1-7.
- Acar, A., ve Yeğenoğlu, S. (2005). “Akılcı ilaç kullanımı açısından farmakoekonomi ve hastane formülleri”. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 34(3), 207-218.
- Ağdemir, H. (2012). *Sağlık Sektöründe Aile Hekimliği Yeri ve Önemi İle Hizmetten Yararlananların ve Hizmet Sunanların Memnuniyet Durumu Konusunda Bir Araştırma*, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Anabilim Dalı, Mersin.
- Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (2010). Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi: 25.05.2010. Resmi Gazete Sayısı: 27591.
- Akar, S. (2014). “Türkiye’de sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının nisbi fiyatı ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin incelenmesi”. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 21(1), 311-322.
- Akbulut, H. (2008). *Konya İl Merkezinde Bulunan Sağlık Kurumlarında Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Teşhisi ile Düzenlenen Reçetelerin Akılcı İlaç Kullanımı Yönünden Değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, 16-17.
- Akdağ, R. (2004). *Aile Hekimliği Türkiye Modeli*. A. Sabahattin (ed), Ankara: Mavi Ofset Yayıncılık, 36.
- Akıcı, A. (2000). *Pratisyen Hekimlerin Akılcı İlaç Tedavisi Uygulamaya Özendirilmesi*, Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 4-12.
- Akıcı, A., Uğurlu, M. Ü., Gönüllü, N., Oktay, Ş., ve Kalaça, S., (2002). “Pratisyen hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi”. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 11(7), 253-257.
- Akıcı, A., Gelal, A., Erenmemişoğlu, Melli, M., Babaoğlu, M., ve Oktay, Ş. (2011). “Tıp fakültelerinde farmakoloji anabilim dallarının durumunun incelenmesi”. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 29, 11-20.
- Akıcı, A., Uzuner, A. (2013). *Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlere Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı*. A. Akıcı (ed). (Birinci Baskı). Ankara: Kayhan Matbaacılık Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı SGK Yayın No:112, 35-67.
- Akıcı, A., Kaptanoğlu, A. Y. (2013). *Sosyal Güvenlik Kurumu Çalışanlarının Akılcı İlaç Kullanımındaki Etkin Rolü ve Farmakoekonomi*. A. Akıcı (ed). (Birinci Baskı). Ankara: Kayhan Matbaacılık Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı SGK Yayın No: 114, 30-31.

- Akıcı, A., Kalaça, S. (2013). *Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı*. A. Akıcı (ed). (Birinci Baskı). Ankara: Kayhan Matbaacılık Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı SGK Yayın No: 93, 12-16.
- Akkurt, B. (2016). *Araştırma Görevlilerinin (Branş) Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları*, Uzmanlık Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, 10.
- Aksakoğlu, G., ve Giray, H. (2007). "Kentsel alanda sağlıkta dönüşüm". *Memleket Mevzuat*, 2(21-22), 3-12.
- Aksoy, M., Alkan, A., ve İşli, F. (2015). "Sağlık Bakanlığı'nın akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırma faaliyetleri". *Türkiye Klinikleri Journal of Pharmacology Special Topics*, 3(1), 19-26.
- Algın, K., Şahin, İ., ve Top, M. (2004). "Türkiye'de aile hekimlerinin mesleki sorunları ve çözüm önerileri". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(3), 250-275.
- Ambwani, S., and Mathur, A. K. (2007). "Rational drug use". *Healt Administrator*, 19(1), 5-7.
- Angamo, M. T., Wabe, N. T., and Raju, N. J. (2011). "Assessment of patterns of drug use by using world health organization's prescribing, patient care and health facility indicators in selected health facilities in southwest ethiopia". *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, 1(7), 62-66.
- Aydın, B., ve Gelal, A. (2012). "Akılcı ilaç kullanımı: yaygınlaştırılması ve tıp eğitiminin rolü". *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 26(1), 57-63.
- Ayuthya, S. K., Matangkasombut, O. P., Sirinavin, S., Malathum, K., and Sathapatayavongs, B. (2003). "Utilization of restricted antibiotics in a university hospital in thailand". *The Southeast Asian Journal Tropical Medicine and Public Health*, 34(1), 179-186.
- Banoğlu, S. (2001). *İlaçta Patent Uygulamasının Rasyonel İlaç Kullanımı Üzerine Olası Etkileri*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 44.
- Barbadora, K. A., Green, M. D., Schwartz, B., and Wald, E. R. (1993). "Streptococcal corecardre visited". *Pediatric Emergency Care Journals*, 14(2), 109.
- Baybek, H., Bulut, D., ve Çakır, A. (2005). "Muğla üniversitesi idari personelinin ilaç kullanma alışkanlıklarının belirlenmesi". *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15, 53-67.
- Belek, İ. (1997). "Türkiye'de sağlık harcamaları: makro düzeyde bir değerlendirme". *Ekonomik Yaklaşım Dergisi*, 8 (24-25), 147-156.
- Ben Abdelaziz, A., Harrabi, I., Rahmani, S., Gaha, R., and Ghannem, H. (2002). "Circulation of pharmaceutical information among general practitioners in the region sousse (Tunisia)". *The Therapie*, 57(3), 229-235.

- Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı Sanayi Genel Müdürlüğü. (2015). Türkiye İlaç Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2015-2018, 17-54.
- Blekinsopp, A., and Brandley, C. (1996). "Patient, society and the increase in self medication". **British Medical Journal**, 312(7031), 629-632.
- Çalikoğlu, O. (2006). *Erzurum İl Merkezinde Çalışan Pratisyen Hekimler ile 20 Yaş ve Üzeri Kişilerin Akılcı İlaç Kullanım Boyutları ve Etkileyen Faktörler*, Uzmanlık Tezi, Atatürk Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum, 87.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., Büyükoztürk, Ş. (2014). **Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik SPSS ve LISREL Uygulamaları**. (Üçüncü Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayınları, 338.
- Dean, B., Schachter, M., Vincent, C., and Barber, N. (2002). "Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study". **The Lancet**, 359(9315), 1373-1378.
- Demirkıran, M., ve Şahin, B. (2010). "Pratisyen hekimlerin ilaç seçimlerini etkileyen faktörlere ilişkin değerlendirmeleri". **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, 13(1), 1-28.
- Denig, P., Flora, M., and Haaijer-Ruskamp, F. M. (1995). "Do physicians take cost into account when making prescribing decisions?". **Pharmaco Economics**, 8(4), 282-290.
- De Vries, T. P. G. M. (1993). "Presenting clinical pharmacology and therapeutics: a problem based approach for choosing and prescribing drugs. **British Journal of Clinical Pharmacology**, 35(6), 581-586.
- De Vries, T. P. G. M., Henning, R. H., Hogerzeil, H. V., Fresle, D. A. (1994). *Guide to Good Prescribing*. WHO/Action Programme on Essential Drugs, Geneva.
- De Vries, T. P. G. M., Henning, R. H., and Hogerzeil, H. V. (1995). "Impact of a short course in pharmacotherapy for undergraduate medical students: an international randomized controlled study". **The Lancet**, 346(8988), 1454-1457.
- Dikici, M. F., Kartal, M., Alptekin, S., Çubukçu, M., Ayanoğlu, A. S., ve Yarış, F. (2007). "Aile hekimliğinde kavramlar, görev tanımı ve disiplininin tarihçesi". **Tıbbi Eğitim Dergisi**, 27, 412-418.
- Doğukan, M. N. (2008). *Ankara İli Keçiören Sağlık Grup Başkanlığı'na Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Ankara, 1-16.
- Duran, A. D. (2014). *Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Sağlık Çalışanları ile tedavi alan hastaların Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Tutumları*, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 14.
- Ekenler, Ş., ve Koçoğlu, D. (2016). "Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları". **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi**, 3(3), 44-55.
- Eren, M. (2012). "Türkiye sağlık sektörü içerisinde mümessiller". **Çalışma ve Toplum Dergisi**, 2012(1), 187-218.

- Eşkazan, E. (1999). Akılcı İlaç Kullanımı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Akılcı İlaç Kullanımı Sempozyumunda sunuldu, İstanbul, 9-20.
- Fresle, D.A., Henning, R.H., Hogerzeil, H.V., Vries, T.P.G.M. (2000). Reçete Yazma Rehberi, Pratik El Kitabı. (Çev. Aker, R., Karaalp, A., ve Oktay, Ş.). T.C. Sağlık Bakanlığı ve Dünya Sağlık Örgütü Temel İlaçlar Eylem planı. (Eserin orijinali 1994'te yayımlandı), 51-53.
- Grimshaw, J. M., and Russell, I. T. (1993). "Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations". *The Lancet*, 342(8883) 1317-1322.
- Gülhan, R. (2013). "Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı". *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 29(2), 100-101.
- Gümüş, Z., Sağlam, Z. (2011). "Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi Düzeyleri ve Rollerine Üzerine Bir Çalışma". III. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Poster Bildiriler Kitabı, Ankara, 307.
- Hocaoglu, N., Güven, H., Gidener, S., Tunçok, Y., Kalkan, Ş., Gümüştekin, M., ve Gelal, A. (2011). "Dokuz eylül üniversitesi tıp fakültesi dördüncü sınıf öğrencilerinin akılcı ilaç kullanım becerileri üzerine akılcı ilaç kullanım kursunun kısa dönem etkileri". *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(1), 15-24.
- Hogerzeil, H.V. (1995). "Promoting rational prescribing-an international perspective". *British Journal of Clinical Pharmacology*, 39, 1-6.
- Isaksen, S.F., Jonassen, J., Malone, D.C., Billups, S.J., Carter, B.L., and Sintek, C.D. (1999). "Estimating risk factors for patients with potential drug-related problems using electronic pharmacy data". *Annals of Pharmacotherapy*, 33(4), 406-412.
- Isenalumhe, A.E., and Oviawe, O. (1998). "Polypharmacy: its cost burden and barrier to medical care in a drug oriented health care system". *International Journal Health Services*, 18(2), 335-342.
- Işık, A., Doruk, H., ve Mas, M. (2004). "Yaşlılarda ilaç kullanım ilkeleri". *Klinik Gelişim Dergisi*, 17(2), 25-31.
- İnternet: Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017. URL: <http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2014/11/aik-ulusal-eylem-planı.pdf>, Son Erişim Tarihi: 03 Aralık 2017.
- İnternet: Türk Dil Kurumu Eğitim Terimleri Sözlüğü. (1974). URL: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori1=veritbn&ke_limesec=8200, Son Erişim Tarihi: 9 Kasım 2017.
- İnternet: Türk Eczacılar Birliği 2016'da Sağlık, İlaç ve Eczacılık Alanında Neler Oldu?. (2016). URL: <https://www.teb.org.tr/news/7481/BASIN-A%C3%87IKLAMASI-2016%EF%BF%BD%EF%BF%BDDA-SA%C4%9ELIK-%C4%B0LA%C3%87-VE-ECZACILIK-ALANINDA-NELER-OLDU>, Son Erişim Tarihi: 04.01.2018.

- İnternet: Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Dünyada ve Ülkemizde Durum (2012). T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü Klinik Proloterapi 2. Basamak İntegratif Tıp Derneği, Proloterapi Çalışma Kolu. URL: <http://studylibtr.com/doc/4366894/ak%C4%B1lc%C4%B1-ila%C3%A7-kullan%C4%B1m%C4%B1-konusunda-d%C3%BCnyada-ve-%C3%BClkemizdeki-durum>, Son Erişim Tarihi: 15.03.2018.
- İskit, A. B. (2006). “Akılcı ilaç kullanımı”. *Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 5(7), 4-5.
- İskit, A. B. (2014). “Jenerik ve Biyobenzer İlaçlar”. 8. Ulusal Kemik İliği Transplantasyonu ve Kök Hücre Tedavileri Kongresi, Antalya, 51-52.
- Kalyoncu, N.İ., ve Yarış, E. (2004). “Akılcı ilaç kullanımında hekim sorumluluğu”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 19(5), 359-363.
- Karakoç, H. D. (2005). *İlaç Sektöründe Fiyat Rekabeti*. Ankara: Rekabet Kurumu, 178.
- Kaya, D. S. (2016). İlaç Sektörü. İş Bankası İktisadi Araştırmalar Bölümü, 11-30.
- Kayaalp, O. (1985). “Hatalı ilaç kullanımına yol açan başlıca etkenler”. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Araştırma Dergisi*, 3(1), 9-10.
- Kayaalp, O. (2009). *Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji* (Birinci Baskı). Ankara: Pelikan Yayınevi, 3-4.
- Kılıç, B., Kulaç, E., Simai, E., Samancı, B., Kaya, A., ve Taştan, M. (2004). “Dokuz eylül üniversitesi hastanesinde ilaç tanıtımı yapan ilaç firması temsilcilerinin özellikleri”. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 14, 74-80.
- Krähenbühl-Melcher, A., Schlienger, R., Lampert, M., Haschke, M., Drewe, J., and Krähenbühl, S. (2007). “Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature”. *Drug Safety*, 30(5), 379-407.
- Laing, R. O. (1990). “Rational drug use: an unsolved problem”. *Tropical Doctor*, 1990(20), 101-103.
- Laing, R., Hogerzeil, H. V., and Ross-Degnan, D. (2001). “Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries”. *Health Policy and Planning*, 16(1), 13-20.
- Le Grand, A., Hogerzeil, H. V., and Haaijer-Ruskamp, F. M. (1999). “Intervention research in rational use of drugs: a review”. *Health Policy and Planning*, 14(2), 89-102.
- Maliye Bakanlığı. (2016). 2016 Yılı Bütçe Gerekçesi, 239-283.
- Maliye Bakanlığı. (2017). 2018 Yılı Bütçe Gerekçesi, 247-289.
- Maxwell, S. R., Cascorbi, I., Orme, M., and Webb, D. J. (2007). “Educating european (junior) doctors for safe prescribing”. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 101(6), 395-400.

- Melli, M. (2010). "Akılcı ilaç kullanımı". *Anestezi Dergisi*, 18(3), 131-134.
- Mollahaliloğlu, S. Tezcan, S. (2002). Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarından Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. Diyarbakır 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 499.
- Mollahaliloğlu, S., ve Aşkın, E. (2004). "Akılcı ilaç kullanımı nedir?". *Türk Eczacılar Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 7, 16-24.
- Mollahaliloğlu, S., Özgülcü, Ş., Alkan, A., Öncül, H. G. (2011a). *Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı*. R. Akdağ (ed). (Araştırma Serisi 10). Ankara: Yorum Basın Yayın Sanayii Ltd.Şt. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 857.
- Mollahaliloğlu, S., Alkan, A., Özgülcü, Ş., Öncül, H. G., Güney, Z. (2011b). *Birinci Basamakta Akılcı Reçete Yazımı*. R. Akdağ (ed). (Araştırma Serisi 7). Ankara: Yorum Basın Yayın Sanayii Ltd.Şt. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 854.
- Mollahaliloğlu, S., Alkan, A., Özgülcü, Ş., Öncül, H. G., Akıcı, A. (2011c). *Hekimlerin Akılcı Reçeteleme Yaklaşımı*. R. Akdağ (ed). (Araştırma Serisi 8). Ankara: Yorum Basın Yayın Sanayii Ltd.Şt. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 855.
- Oktay, Ş. (2006). "Türkiye’de rasyonel farmakoterapi eğitimi". *Rasyonel Farmakoterapi*, 1(1), 62-64.
- Özçelikay, G. (2011). "Akılcı ilaç kullanımı üzerinde bir pilot çalışma". *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 30(2), 10.
- Özer, A. (2004). "Akılcı ilaç kullanımı". *Türk Eczacılar Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, 7, 48-54.
- Özkan, S., Özbay, O. D., Aksakal, F. N., İlhan, M. N., ve Aycan, S. (2005). "Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları". *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 4(5), 223-237.
- Parchman, M. L., and Burge, S. K. (2004). "The patient-physician relationship, primary care attributes, and preventive services". *Family Medicine*, 36(1), 22-27.
- Passmore, P. R., and Kailis, S. G. (1994). "In pursuit of rational drug use and effective drug management: clinical and public health pharmacy viewpoint". *Asia Pacific Journal of Public Health*, 7(4), 236-241.
- Petrol-İş Araştırma. (2010). Dünya’da ve Türkiye’de İlaç Sektörü. 2-8.
- Pınar, N. (2012). "Ülkemizde ilaç harcamaları". *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 19(1), 59-65.
- Pilgır, Ö. (2017). *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesindeki Araştırma Görevlileri ve Dönem 6 Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi Düzeyleri*, Uzmanlık Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Samsun.

- Prosser, H., Almond, S., and Walley, T. (2003). "Influences on gp's decision to prescribe new drugs-the importance of who says what". *Family Practice*, 20(1), 61-68.
- Rostova, N. B., and Odegova, T. F. (2012). "Rational use of drugs: pharmaceutical aspects of the drug selection". *International Journal*, 2(3), 237-241.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. (1993). Akılcı İlaç Kullanımının Alfabetesi. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı. (2004). Aile Doktorları İçin Kurs Notları 1. Aşama. (Birinci Baskı). Ankara: Ata Ofset Tanıtım ve Matbaacılık, 190.
- Sağlık Bakanlığı. (2006). Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştay Sonuç Raporu, Ankara, 9-20.
- Sağlık Bakanlığı 2016 Yılı Bütçe Sunumu (2016). TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu. 81.
- Sağlık Bakanlığı 2017 Yılı Bütçe Sunumu (2016). TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu. 80-130.
- Sağlık Bakanlığı 2018 Yılı Bütçe Sunumu (2017). TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu. 127.
- Sağlık Bakanlığı. (2017). Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, 127-201.
- Saygılı, M., ve Özer, Ö. (2015). "Hekimlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 18(1), 35-46.
- Sayılır, A. G. (2016). *Aile Hekimliği Asistanları, Aile Hekimleri ve Uzman Aile Hekimlerinin Online Klavuz Kullanım Tutum ve Davranışları*, Uzmanlık Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, 4.
- Scherer, R. F., Wiebe, F. A., Luther, D. C., and Adams, J. S. (1988). "Dimensionality of coping: factor stability using the ways of coping questionnaire". *Psychological Reports*, 62, 763-770.
- Sürmelioglu, N., Kiroğlu, O., Erdoğan, T., ve Karataş, Y. (2015). "Akılcı olmayan ilaç kullanımını önlemeye yönelik tedbirler". *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(4), 452-462.
- Solak, F. (2010). *Aile Hekimliği Uygulamasının Değerlendirilmesi: Eskişehir İli Örneği*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya.
- Söyleyici, T. (2010). *Aile Hekimliği Uygulamasında Hasta Memnuniyet Düzeyi: Denizli Uygulaması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli.
- Şahin, H., ve Saçakoğlu, F. (2005). "Bornova eğitim sağlık grup başkanlığına bağlı sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimlerin ilaç reçeteleme davranışlarının değerlendirilmesi" *Tıp Eğitimi Dünyası*, 19, 20-28.

- Şemin, S. (1993). “Toplum sağlığı yönünden ilacın öteki yüzü”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 8(56), 32-41.
- Şemin, S. (1998). *Sosyal ve Ekonomik Yönleriyle İlaç*. (Birinci Baskı). Ankara: Türk Tabipler Birliği, 9.
- Şemin, S., ve Aras, Ş. (2004). “İlaç ve promosyon”. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 19, 350-358.
- Şencan, H. (2015). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenilirlik ve Geçerlilik*. (Birinci Baskı). Ankara: Seçkin Yayıncılık, 15.
- Tavşancıl, E. (2006). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*, (Üçüncü Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 29.
- Tengilimoğlu, D., O. Işık., Akbolat, M. (2011). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. (Üçüncü Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 155.
- Theodorou, M., Tsiantou, V., Pavlakis, A., Maniadakis, N., Fragoulakis, V., Pavi, E., and Kyriopoulos, J. (2009). “Factors influencing prescribing behaviour of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey”. *BMC Health Services Research*, 9, 150.
- Top, M., ve Tarcan, M. (2004). “Türkiye ilaç ekonomisi ve ilaç harcamaları:1998-2003 dönemi değerlendirmesi”. *Liberal Düşünce Dergisi*, 9(35), 177-200.
- Turhan, E.S (2014). *Aile Hekimliği Dünya ve Türkiye Uygulamaları: Aile Hekimliğinde Hekim Hasta İlişkisinde İletişimin Rolü ve Tarafların Memnuniyeti Üzerine Etkilerinin İncelenmesine Yönelik Bir Alan Araştırması*, Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 8-36.
- Türker, M., Beşik, M. (2016). Türk Eczacılar Birliği Sağlık İlaç ve Eczacılık İstatistikleri Yıllığı, 74-82.
- Vançelik, S., Çalıkoğlu, O., Güraksın, A., ve Beyhun, E. (2006). “Pratisyen hekimlerin reçete yazımını şekillendiren faktörler ve akılcı ilaç kullanım kriterlerini önemseme durumları”. *Eurasian Journal of Medicine*, 38(1), 7-12.
- Yapıcı, G., Balıkcı, S., ve Uğur, Ö. (2011). “Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları”. *Dicle Tıp Dergisi*, 38(4), 458-465.
- Yardan, E. D., Demirkıran, M., ve Kiremit, B. Y. (2016). “Türkiye sağlık harcamaları trendi”. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 157-176.
- Yorulmaz, F. (2003). “Reçeteleme Kusurları halk sağlığını olumsuz etkiliyor”. *Türk Tabipler Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 12(6), 220.
- Quick, J.D. (1997). *Managing Drug Supply: The Selection, Procurement, Distribution, and Use of Pharmaceuticals*. (Second Edition). West Hartford: Kumarian Press, 22.

- Walley, T., and Bligh, J. (1993). "The Educational challenge of improving prescribing". *Postgraduate Education for General Practice*, 4, 50-54.
- World Health Organization (WHO). (1985). *Conference of Experts on The Rational Use of Drugs*. Nairobi, Kenya, 25-29.
- World Health Organization (WHO). (1987). *Effective Public Education in Promoting Rational Drug Use*. WHO Programme on Essential Drugs and International Network for the Rational Use of Drugs, Nairobi, Kenya.
- World Health Organization (WHO). (2002). *Promoting Rational Use of Medicines: Core Components*. WHO Policy Perspectives on Medicines. Report WHO/EDM, No:5 Geneva, 1-3.







EK-1. Anket örneği

ANKET FORMU

Sayın Hekim;

Bu anket Gazi Üniversitesi Hastane İşletmeciliği Ana Bilim Dalı Başkanlığında, “Akılcı İlaç Kullanımında Aile Hekimlerinin Rolü (Bitlis örneği)” konulu yüksek lisans tez çalışması kapsamında hazırlanmıştır. Ankette hazırlanmış olan sorular tamamen bilimsel amaçlıdır. Anketi cevaplamanız en fazla 10 dakika sürenizi alacaktır.

Tüm soruları eksiksiz ve içtenlikle doldurmanızı rica eder, katkılarınızdan dolayı teşekkür ederiz. Lütfen isim belirtmeyiniz.

Emrah Salgın

Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü

Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı

Aşağıdaki ifadelerle ilgili olarak katılımınızı ilgili kısma (X) koyarak belirtiniz.

1.Bölüm: Demografik (Kişisel) Bilgiler

1. Cinsiyetiniz?

☐ Erkek ☐ Kadın

2. Yaşınız?

☐ 24-33 ☐ 34-43 ☐ 44-53 ☐ 54-63 ☐ 64 ve üzeri

3. Mezun Olduğunuz Tıp Fakültesi

(.....)

4. Mesleki ünvanınız nedir?

☐ Pratisyen Hekim ☐ Uzman Hekim

(.....Uzmanı)

5. Mesleki tecrübeniz kaç yıldır?

☐ 1-5 ☐ 6-10 ☐ 11-15 ☐ 16-20 ☐ 21 ve üzeri

6. Günde ortalama kaç hasta muayene ediyorsunuz? (.....)

7. Bu hastaların yüzde kaçına reçete yazıyorsunuz? (%.....)

8. Reçetelerinizde ortalama kaç kalem ilaç yer almaktadır?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ve daha fazla

EK-1. (devam) Anket örneği

9. Mezuniyet sonrası mesleğiniz ile ilgili bir eğitim aldınız mı? Cevabınız evet ise belirtiniz.

☐ Evet ☐ Hayır

(.....
....)

10. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitim aldınız mı? (Cevabınız hayır ise 13. Soruya geçiniz)

☐ Evet ☐ Hayır

11. Bu eğitimi nereden aldınız?

☐ Sağlık Bakanlığı ☐ Tıp Fakültesi ☐ Meslek Odası ☐ İlaç Firmaları
☐ Diğer(.....)

12. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili aldığınız eğitimi yeterli buluyor musunuz?

☐ Evet ☐ Hayır

EK-1. (devam) Anket örneği

2. Bölüm: Akılcı İlaç Kullanımına ilişkin aşağıdaki ifadelere katılım derecenizi belirtiniz.

	Hiçbir Zaman	Nadiren	Bazen	Sıklıkla	Her Zaman
13. Hastaya hastalığını ve nedenlerini anlatır mısınız?	1	2	3	4	5
14. Tedavi uygulama gerekçelerini hastaya anlatır mısınız?	1	2	3	4	5
15. Tedavisi ile ilgili verdiğiniz bilgileri hastalarınız anlıyor mu?	1	2	3	4	5
16. Verdiğiniz bilgileri hastaya tekrarlatıyor musunuz?	1	2	3	4	5
17. Yazdığınız ilaçlarla ilgili hastaya bilgi veriyor musunuz?	1	2	3	4	5
18. Hastaların özellikle talep ettikleri ilaçları yazar mısınız?	1	2	3	4	5
19. Hastalarınızı reçete ettiğiniz ilaçlar hakkında (ilaçları nerede ve nasıl saklanması gerektiği ile kullanım sonrası imha etme süreci) bilgilendiriyor musunuz?	1	2	3	4	5
20. Hastalarınıza ve topluma akılcı ilaç kullanımı hakkında bilgilendirme yapıyor musunuz?	1	2	3	4	5
21. Düzenlenen tedavinin gerçekleştirilmesini dikkate alıyor musunuz?	1	2	3	4	5
22. Düzenlenen tedavinin maliyetini dikkate alıyor musunuz?	1	2	3	4	5
23. Aynı hastalığa yakalanmış iki farklı hastaya reçete yazarken aynı ilaçları mı yazıyorsunuz?	1	2	3	4	5
24. Tedavi için gerekli olan ilaç sayısından daha fazla ilacı reçeteye yazar mısınız?	1	2	3	4	5
25. Hastalarınıza ilaç dışı tedavi (diyet, egzersiz, sigara ve alkolden uzak durma vb.) öneriyor musunuz?	1	2	3	4	5
26. Daha önce rahatsızlığı için iki(2) kutu ilaç reçete ettiğiniz hastanıza, hastanızın bir(1) kutu ilaç kullanım süresini bitirmesi ve aynı rahatsızlık şikâyeti ile gelmesi halinde tekrar aynı ilacı reçete eder misiniz?	1	2	3	4	5
27. Daha önce başka bir hekim tarafından reçete edilmiş olan ilacı, hastayı muayene etmeden tekrar reçete eder misiniz?	1	2	3	4	5
28. Tedavinizin sonuçlarını değerlendirebiliyor musunuz?	1	2	3	4	5
29. Reçete yazma sürecinden sonra hastanızın durumunu takip ediyor musunuz?	1	2	3	4	5
30. Muayene etmeden, hastanın rahatsızlığına göre ilaç reçete eder misiniz?	1	2	3	4	5
31. Hastanın kişisel özellikleri (Yaş, cinsiyet, hamilelik vb.) ilaç seçiminizi etkiliyor mu?	1	2	3	4	5
32. Reçete ettiğiniz ilaçların fiyatlarını biliyor musunuz?	1	2	3	4	5
33. Sosyal güvencesi olanlarla olmayan hastalara yazdığınız ilaçların seçiminde fark oluyor mu?	1	2	3	4	5
34. İlaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor musunuz?	1	2	3	4	5
35. Diğer hekimler ilaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elemanlarının sunumlarından etkileniyor mu?	1	2	3	4	5
36. Planladığınız tedavinin amacına en uygun ilacı seçmekte kararsız kaldığınızda meslek grubunuzdaki hekimlere danışır mısınız?	1	2	3	4	5
37. İlaçlar ile ilgili politikaları ve mevzuatı takip ediyor musunuz?	1	2	3	4	5

EK-1. (devam) Anket örneği

38. İlaç reçete ederken hastanızın hangi anamnez (Hastanın hastalığı ile ilgili bilgilerinin tümü) bilgilerinden yararlanırsınız? (Lütfen sizin için en öncelikli olanı bir (1) olmak üzere üçünü (3) sıralayınız).

- ☐ Kullandığı ilaçları sorgularım
- ☐ İlaç alerjisini sorgularım
- ☐ Kronik hastalığı sorgularım
- ☐ Yaşını dikkate alırım
- ☐ Daha önceki önemli hastalıklarını sorgularım
- ☐ Sosyal güvencesini dikkate alırım
- ☐ Diğer (.....)

39. İlaçlarla ilgili olarak hastayı bilgilendirmede neleri anlatırsınız? (Lütfen sizin için en öncelikli olanı bir (1) olmak üzere üçünü (3) sıralayınız).

- ☐ İlaç neden gereklidir
- ☐ Kullanma talimatını anlatırım
- ☐ Tedavi süresini söylerim
- ☐ Dozajını söylerim
- ☐ Olası yan etkilerini söylerim
- ☐ Diğer (.....)

40. Tedaviyi düzenlerken hastalarınıza hastalığı ile ilgili hangi bilgileri anlatırsınız? (Lütfen sizin için en öncelikli olanı bir (1) olmak üzere üçünü (3) sıralayınız).

- ☐ Tedaviye nasıl yanıt verebileceğini anlatırım
- ☐ Ne kadar süreceğini söylerim
- ☐ Olası komplikasyonlarını söylerim
- ☐ Seyrini söylerim
- ☐ Adını söylerim
- ☐ Diğer (.....)

41. İlaçları seçerken hangi kriterleri dikkate alırsınız? (Lütfen sizin için en öncelikli olanı bir (1) olmak üzere üçünü (3) sıralayınız).

- ☐ Etkinlik
- ☐ Fiyat
- ☐ Güvenlik
- ☐ Uygunluk
- ☐ Tecrübe
- ☐ Kalite

42. Reçeteleme yaparken hangi bilgi kaynaklarından yararlanırsınız? (Lütfen sizin için en öncelikli olanı bir (1) olmak üzere üçünü (3) sıralayınız).

- ☐ Tanı ve tedavi rehberleri
- ☐ Vademecum
- ☐ Farmakoloji kitapları
- ☐ İlaç prospektüsleri
- ☐ İlaç firmalarının bilgilendirme kaynakları
- ☐ Diğer (.....)

EK-2. Aile hekiminin görev, yetki ve sorumlulukları

- a) Çalıştığı bölgenin sağlık hizmetinin planlamasında bölgesindeki toplum sağlığı merkezi ile işbirliği yapar,
- b) Hekimlik uygulaması sırasında karşılaştığı toplum ve çevre sağlığını ilgilendiren durumları bölgesinde bulunduğu toplum sağlığı merkezine bildirir,
- c) Kendisine kayıtlı kişilerin ilk değerlendirmesini yapmak için altı ay içinde ev ziyaretinde bulunur veya kişiler ile iletişime geçer,
- ç) Kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,
- d) Sağlıkla ilgili olarak kayıtlı kişilere rehberlik yapar, sağlığı geliştirici ve koruyucu hizmetler ile ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerini verir,
- e) Periyodik sağlık muayenesi yapar,
- f) Kayıtlı kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalık gruplarına yönelik izlem ve taramaları (kanser, kronik hastalıklar, gebe, loğusa, yenidoğan, bebek, çocuk sağlığı, adolesan, erişkin, yaşlı sağlığı ve benzeri) yapar,
- g) Evde takibi zorunlu olan özürlü, yaşlı, yatalak ve benzeri durumdaki kendisine kayıtlı kişilere evde veya gezici/yerinde sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sırasında kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verir,
- ğ) Aile sağlığı merkezi şartlarında tanı veya tedavisi yapılamayan hastaları sevk eder, sevk edilen hastaların geri bildirimi yapılan muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirir, ikinci ve üçüncü basamak tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri ile evde bakım hizmetlerinin koordinasyonunu sağlar,
- h) Tetkik hizmetlerinin verilmesini sağlar ya da bu hizmetleri verir,
- ı) Verdiği hizmetlerle ilgili olarak sağlık kayıtlarını tutar ve gerekli bildirimleri yapar,
- i) Kendisine kayıtlı kişileri yılda en az bir defa değerlendirerek sağlık kayıtlarını günceller,
- j) Gerektiğinde hastayı gözlem altına alarak tetkik ve tedavisini yapar,
- k) Entegre sağlık hizmetinin sunulduğu merkezlerde gerektiğinde hastayı gözlem amaçlı yatırarak tetkik ve tedavisini yapar,
- l) İlgili mevzuatta birinci basamak sağlık kuruluşları ve resmi tabiplerce kişiye yönelik düzenlenmesi öngörülen her türlü sağlık raporu, sevk evrakı, reçete ve sair belgeleri düzenler,
- m) Bakanlıkça belirlenen konularda hizmet içi eğitimlere katılır,
- n) Bakanlıkça ve ilgili mevzuat ile verilen diğer görevleri yapar.

EK-3. İzin belgesi



T.C
BİTLİS VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

BİTLİS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - BİTLİS İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ
05/02/2018 11:13 - 75384813 - 641 99 - E 691
00061970129

Sayı : 75384813-641.99
Konu : Anket Çalışması

BİTLİS İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Gazi Üniversitesi Hastane İşletmeciliği bilim dalı yüksek lisans öğrencisi Emrah SALĞIN'ın
"Akılcı İlaç Kullanımında Aile Hekiminin Rolü " konulu anket çalışmasını Bitlis Merkez ve İlçelerine
bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde yapması hususunu;

Olurlarınıza arz ederim

e-imzalıdır.
Uzm.Dr.Yunus Emre BULUT
Halk Sağlığı Hizmetleri
Başkanı

OLUR
.../.../2018
e-imzalıdır.
Dr.Koray OKUR
İl Sağlık Müdürü

bitlis ah şube
Faks No:
e-Posta:selma.tontas@saglik.gov.tr İnt.Adresi:

Bilgi için:Selma ARIKBAŞ
Unvan:HEMŞİRE
Telefon No:04342286223

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e7d1572b-a3be-44b6-8e72-bdc938aa62fb kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4. Etik kurul kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 16/04/2018-E.62360



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Etik Komisyonu



Sayı : 77082166-302.08.01-
Konu : Bilimsel ve Eğitim Amaçlı

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 26/02/2018 tarihli ve 27968600-302.99- 34352 sayılı yazı.

İlgi yazınız ile göndermiş olduğunuz, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı **Yüksek Lisans Öğrencisi Emrah SALGIN'ın, Prof.Dr.Emine ORHANER'in** danışmanlığında yürüttüğü **"Akılcı İlaç Kullanımında Aile Hekiminin Rolü (Bitlis Örneği)"** adlı tez çalışması ile ilgili konu Komisyonumuzun **10.04.2018** tarih ve **03** sayılı toplantısında görüşülmüş olup,

İlgilinin çalışmasının, yapılması planlanan yerlerden izin alınması koşuluyla yapılmasında etik açıdan bir sakınca bulunmadığına oy birliği ile karar verilmiş ve karara ilişkin imza listesi ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Alper CEYLAN
Komisyon Başkanı

Araştırma Kod No: 2018-99

Ek:1 Liste



Ankara
Tel:0 (312) 202 20 57 - 0 (312) 2... Faks:0 (312) 202 38 76
İnternet Adresi :http://etikkomisyon.gazi.edu.tr/

Bilgi için :Ayfer Çekmez
Genel Evrak Sorumlusu
Telefon No:202 18 07

EK-4. (devam) Etik kurul kararı

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/04/2018-E.17527



**T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü**



Sayı : 27968600-302.99-
Konu : Araştırma İzni Hk.

**Sayın Emrah SALGIN
Cengizhan Mah. NATO Yolu Cad.
860. Sok. Emek Apt. 37/19
Mamak/ANKARA**

T.C. Gazi Üniversitesi Etik Komisyonunun göndermiş olduğu yazının bir sureti ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

**e-imzalıdır
Mine İŞLER
Enstitü Sekreteri V.**

Ek: Etik Komisyonunun göndermiş olduğu yazının bir sureti.



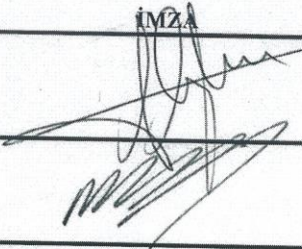
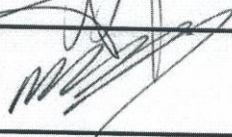
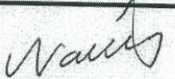
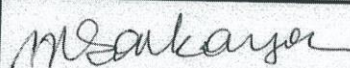
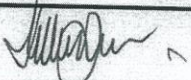
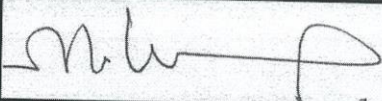
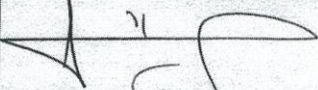
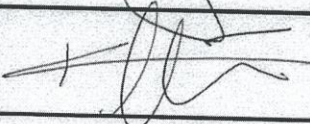
Evrakı Doğrulamak İçin: <https://belgedogrulama.gazi.edu.tr>
Emniyet Mahallesi, Abant Sokak No:10/2 E Blok, Kat:7 06500 Yenimahalle / ANKARA
Tel:0 312 202 83 00-03 Faks:0 312 202 82 21

Posta: sbe@gazi.edu.tr İnternet Adresi: <http://sbe.gazi.edu.tr>

Pin: 10142
Bilgi için :Onur İnan Gözüyaşlı
Veri Hazırlama ve Kontrol İşletmeni
Telefon No:03122028299

Bu belge 5070 Sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-4. (devam) Etik kurul kararı

GAZİ ÜNİVERSİTESİ ETİK KOMİSYONU KATILIM LİSTESİ	
TOPLANTI TARİHİ : 10/04/2018	TOPLANTI SAYISI : 03
ADI-SOYADI	İMZA
Prof.Dr.Alper CEYLAN BAŞKAN	
Prof.Dr.Mustafa NİLHAN BAŞKAN YRD.	
Prof.Dr.Mehmet KÜÇÜKKURT	KATILAMADI
Prof.Dr.Aymelek GÖNENÇ	
Prof.Dr.Rahmi ÜNAL	KATILAMADI
Prof.Dr.Mehmet Sayım KARACAN	
Prof.Dr.Naciye YILDIZ	
Prof.Dr.Mustafa SARIKAYA	
Prof.Dr.İbrahim DOĞAN	KATILAMADI
Prof.Dr.C. Haluk BODUR	
Prof.Dr.Mustafa İLBAŞ	
Prof.Dr.Füsun DEMİREL	
Doç.Dr.Nihan KAFA	

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Soyadı Adı : Salgın, Emrah
Uyruğu : TC
Doğum Tarihi ve Yeri : 15.01.1991/Bitlis
Medeni Hali : Bekar
Telefon : 0(544)2257133
e-posta : emrahsalgın661@gmail.com



Eğitim Derecesi

Okul/Program

Mezuniyet Yılı

Yüksek Lisans

Gazi Üniversitesi/
Sosyal Bilimler Enstitüsü/
Hastane İşletmeciliği

Halen

Lisans

Süleyman Demirel Üniversitesi/
Sağlık Yönetimi

2014

Yayınlar

Salgın, E., Koçyiğit, S. Ç., Uzuner, M. ve Yüksek, M. (2017). Öğrencilerin Muhasebe Meslek Etiği Algısı: Gazi Üniversitesinde Bir Uygulama. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(2), 177-196.



GAZİLİ OLMAK AYRICALIKTIR..

