



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**S.B.Ü. İZMİR TIP FAKÜLTESİ TEPECİK EĞİTİM  
ARAŞTIRMA HASTANESİ'NDE ÇALIŞAN ASİSTAN  
HEKİMLERİN AKILCI İLAÇ KULLANIM VE HASTA  
MERKEZLİ YAKLAŞIM HAKKINDA  
BİLGİ DÜZEYLERİ**

**Dr. Rahmi ÇELİK**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

İZMİR/2023



**T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
TEPECİK SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ  
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ**

**S.B.Ü. İZMİR TIP FAKÜLTESİ TEPECİK EĞİTİM  
ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN  
HEKİMLERİN İN AKILCI İLAÇ KULLANIM VE HASTA  
MERKEZLİ YAKLAŞIM HAKKINDA  
BİLGİ DÜZEYLERİ**

**Dr. Rahmi Çelik**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Bakiye Nurdan TEKGÜL**

**(TIPTA UZMANLIK TEZİ)**

**İZMİR/2023**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi sürecimde ve tez çalışmamın tüm süreçlerinde yanımda olan, tecrübelerini aktarmaktan kaçınmayan, her konuda maddi manevi desteğini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Bakiye Nurdan Tekgöl'e

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, bana yol gösteren eğitim sürecimde emeği geçen başta Prof. Dr. Haluk Mergen, Doç. Dr. Umut Gök Balcı, Doç. Dr. Hülya Parıldar, Doç. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk, Doç. Dr. Yusuf Adnan Güçlü, Uzm. Dr. Tefvik Tanju Yılmaz ve Uzm. Dr. Demet Merder olmak üzere tüm eğitimcilerime,

Asistanlık sürecinde yapmış olduğum rotasyonlar sırasında birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan, hemşire, sekreter ve personel arkadaşlarıma,

Hayatım boyunca her an yanımda olduğunu hissettiren değerli annem Zeliha Çelik'e, abim İlhami Çelik'e, diğer kardeşlerime, arkadaşım Kadir Sezgin'e

Hayatım boyunca örnek aldığım doktor olmama vesile olan erken yaşta kaybettiğim babam İbrahim Çelik'e

Karşılaştığım tüm zorluklarda elimden tutup bana cesaret veren, yanımda olan ve her daim beni mutlu eden, tez yazma sürecinde de desteğini esirgemeyen sevgili eşim Merve Çelik'e

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

**Dr. Rahmi ÇELİK**

İzmir, 2023

## **İÇİNDEKİLER**

<b>TEŞEKKÜR</b>	<b>i</b>
<b>KISALTMALAR</b>	<b>iv</b>
<b>TABLO LİSTESİ</b>	<b>v</b>
<b>GRAFİK LİSTESİ</b>	<b>vii</b>
<b>ÖZET</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>x</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b>	<b>12</b>
<b>2. GENEL BİLGİLER</b>	<b>14</b>
2.1. AKILCI İLAÇ KULLANIMINA GİRİŞ	14
2.1.1. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımlanması Ve Sağlık Hizmetlerindeki Önemi	14
2.1.2 Akılcı İlaç Kullanımının Tarihsel Gelişimi	14
2.2. AKILCI İLAÇ KULLANIMININ FAYDALARI	16
2.3. AKILCI İLAÇ KULLANIMININ TEMEL İLKELERİ	17
2.4. AKILCI İLAÇ KULLANIMINDA KANITA DAYALI TIPIN YERİ	19
2.5 AKILCI İLAÇ KULLANIMINI TEŞVİK ETME STRATEJİLERİ	21
2.6. AKILCI İLAÇ KULLANIMINDAKİ PAYDAŞLAR	24
2.7. AKILCI İLAÇ KULLANIMINDAKİ ZORLUKLAR VE AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI	27
2.7.1. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımına Örnekler	27
<b>3. GEREÇ VE YÖNTEM</b>	<b>36</b>
3.1. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	36
3.2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER	36
3.3. ARAŞTIRMANIN ZAMAN ÇİZELGESİ	36
3.4. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEM SEÇİMİ	36
3.4.1. Araştırma Grubuna Edilme Kriterleri	37
3.4.2. Araştırma Grubunda Yer Alan Bireylerin Dışlanma Kriterleri	37
3.5. ARAŞTIRMA VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	37
3.5.1. Hasta-Hekim Yönelim Ölçeği	38
3.5.2. Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Anket Formu	39
3.6. VERİLERİN ANALİZİ VE KULLANILAN İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER	39
3.7. ETİK BOYUT	40

<b>4. BULGULAR</b>	<b>41</b>
4.1. TANIMLAYICI BULGULAR	41
4.2. ÇÖZÜMLEYİCİ BULGULAR	50
<b>5. TARTIŞMA</b>	<b>59</b>
<b>6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER</b>	<b>68</b>
<b>KAYNAKLAR</b>	<b>70</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ</b>	<b>81</b>
.....	<b>81</b>
<b>EKLER</b>	<b>82</b>
EK 1: SBÜ İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Kararı	82
EK 2: Veri Toplama Formu	84
EK 3: Hasta-Hekim Yönelim Ölçeği İzni	94
EK 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	95

## KISALTMALAR

**ABD:** Amerika Birleşik Devletleri

**AİK :** Akılcı ilaç kullanımı

**ASM:** Aile Sağlığı Merkezi

**DSÖ :** Dünya Sağlık Örgütü

**EAH:** Eğitim Araştırma Hastanesi

**HHYÖ:** Hasta Hekim Yönelim Ölçeği

**HMY:** Hasta Merkezli Yaklaşım

**KDT :** Kanıta Dayalı Tıp

**SPSS :** Statistical Package for Social Sciences

**SBÜ:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi

**TSM:** Toplum Sağlığı Merkezi

**WHO:** World Health Organization

## TABLO LİSTESİ

Tablo 4.1. Araştırma Grubunun Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı	39
Tablo 4.2. Araştırma Grubunun Mesleki Özellikleri	40
Şekil 4.3. Hekimlerin Muayene Ve Reçetelemeleri İle İlgili Özellikleri	41
Şekil 4.4. Hekimlerin Reçeteleme Yaparken Bilgi Kaynağından Yararlanma Durumu	42
Tablo 4.5. Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Özellikler	44
Tablo 4.6. Hasta Hekim Yönelim Ölçeği (HHYÖ) Puanları	45
Tablo 4.7. HHYÖ Hekimlerin Yanıtlarının Dağılımı	45
Tablo 4.8. Hekimlerin Branşları İle Sosyo-demografik ve Mesleki Bazı Bilgilerin Karşılaştırılması	46
Tablo 4.9. Hekimlerin Branşları ile AİK ile ilgili bazı bilgilerin karşılaştırılması	47
Tablo 4.10. Hekimlerin Sosyo-demografik ve mesleki bazı bilgilerin AİK bilgi düzeyi algısı ile karşılaştırılması	48
Tablo 4.11. Hekimlerin Muayene ve reçetelemesi ile ilgili bazı bilgilerin AİK bilgi düzeyi algısı ile karşılaştırılması	49
Tablo 4.12. Hekimlerin Sosyo-demografik ve mesleki bazı bilgilerin HHYÖ puanları ile karşılaştırılması	50
Tablo 4.13. Hekimlerin muayene ve reçetelemesi ile ilgili bazı bilgilerin HHYÖ puanları ile karşılaştırılması	55
Tablo 4.14. Hekimlerin AİK ile ilgili bazı bilgilerin HHYÖ puanları ile karşılaştırılması .....	56



## GRAFİK LİSTESİ

Şekil 4.1. Hekimlerin En sık Reçetelediği İlaç Grubu	44
Şekil 4.2. Reçetleme Yaparken Hekimin Kullandığı Bilgi Kaynağı	45
Şekil 4.3. Hekimlerin AİK farkındalığı oluşturmak için önerileri	47

## ÖZET

### S.B.Ü. İZMİR TIP FAKÜLTESİ TEPECİK EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİNDE ÇALIŞAN ASİSTAN HEKİMLERİN AKILCI İLAÇ KULLANIM VE HASTA MERKEZLİ YAKLAŞIM HAKKINDA BİLGİ DÜZEYLERİ

**Amaç:** Bu çalışmada SBÜ İzmir Tıp Fakültesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan asistan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı ve hasta merkezli yaklaşım hakkında bilgi düzeylerini ölçerek bunları etkileyen faktörler ve kendi aralarındaki ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma Nisan-Mayıs 2023 tarihleri arasında S.B.Ü İzmir Tıp Fakültesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde yapıldı. Araştırma evrenini bu hastanede aile hekimliği, genel cerrahi, kadın ve doğum hastalıkları ve pediatri bölümünde çalışan 289 asistan hekim oluşturmaktadır. Örneklem boyutu için Epi Info 7.2 programı kullanılarak %95 güven aralığı, %5 hata payı ve %50 sıklık değerleriyle minimum 166 kişiye ulaşılması hedeflenmiş olup çalışmaya katılmaya gönüllü olan 166 kişiyle araştırma tamamlanmıştır. Tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Toplanan veriler SPSS 26.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tüm çözümleyici analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Bu çalışmaya katılan asistan hekimlerin %65,7' sinin yaş aralığı 26-30'dur. Hekimlerin %60,8'i kadın ve %52,4'ü bekadır. Katılımcıların çoğunluğunu Kadın Hastalıkları ve Doğum hekimleri (n=56, %33,7) oluşturmaktadır. Hekimlerin bir hastaya ayırdığı süre ortalama  $8,15\pm 3,51(2-20)$  dk'dır. Hekimlerden daha çok branşı aile hekimi olanların Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) ile ilgili eğitim almış olduğu ve hastaya reçetelenen ilaç hakkında her zaman/genellikle bilgi verdiği bulunmuştur. Katılımcıların %4,8' i her zaman/genellikle muayene etmeden hastaya reçeteleme yaptığını belirtmiştir. Katılımcılardan %86,1'inin AİK hakkında eğitim alma isteğinin olduğu saptanmıştır. Hekimlerin AİK hakkında bilgi düzeyi algısı orta

seviye olanların HHYÖ bakım alt boyut puanı daha yüksek ve AİK kavramını tam bilenlerin HHYÖ bakım, paylaşım ve toplam puanları istatistiki olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Bu çalışmanın ülkemizde hasta merkezli yaklaşım ve akılcı ilaç kullanımını beraber değerlendiren nadir çalışmalardan biri olması sebebiyle literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Aile Hekimliği disiplininin temel özelliklerinden olan hasta merkezli yaklaşımı ve akılcı ilaç kullanımı bilgisinin birbirine katkısının olduğunun saptandığı bu çalışma, aile hekimliği ihtisasında ve tıp eğitiminde bu konularda düzenli eğitimlere yer verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Akılcı İlaç Kullanımı, Hasta merkezli yaklaşım, Hasta-Hekim Yönelim Ölçeği

## ABSTRACT

### AWARENESS AND PRACTICAL PRACTICES ON BAD NEWS WORKING BETWEEN ASSISTANT PHYSICIANS WORKING AT HEALTH SCIENCES UNIVERSITY IZMIR FACULTY OF MEDICINE TEPECIK EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL

**Aim:** In this study, it was aimed to measure the knowledge levels of resident physicians working at SBU Izmir Medical Faculty Tepecik Training and Research Hospital about rational drug use and patient-centered approach, and to examine the factors affecting them and the relationship between them.

**Materials and Methods:** This study was carried out between April-May 2023 at Izmir Medical Faculty Tepecik Training and Research Hospital. The research population consists of 289 assistant physicians working in family medicine, general surgery, obstetrics and gynecology and pediatrics departments in this hospital. For the sample size, using the Epi Info 7.2 program, it was aimed to reach a minimum of 166 people with 95% confidence interval, 5% margin of error and 50% frequency values, and the study was completed with 166 volunteers to participate in the study. Stratified sampling method was used. The collected data were analyzed using the SPSS 26.0 program. Statistical significance level was accepted as  $p < 0,05$  in all analytical analyses.

**Results:** The age range of 65,7% of the resident physicians participating in this study is 26-30. 60,8% of physicians are female and 52,4% are single. The majority of the participants were Gynecologists and Obstetricians ( $n=56, 33,7\%$ ). The average time allotted by physicians to a patient is  $8,15 \pm 3,51(2-20)$  minutes. It has been found that those who have more family medicine branches than physicians have received training on Rational Drug Use (RDU) and always/usually inform the patient about the prescribed drug. It was determined that 86,1% of the participants had a desire to receive training on RHC. It was determined that those who have a medium perception of knowledge about AIC of physicians have a higher level of care

sub-dimension score, and those who fully understand the concept of AIK have a statistically significantly higher level of care, sharing, and total scores.

**Conclusion:** It is thought that this study will make a significant contribution to the literature, as it is one of the rare studies evaluating patient-centered approach and rational drug use together in our country. This study, which determined that the patient-centered approach and rational drug use knowledge, which are the main features of the Family Medicine discipline, contribute to each other, reveals that regular training on these issues should be included in family medicine residency and medical education.

**Key Words:** Rational Medicine Use, Patient-Centered Care, Patient-Practitioner Orientation Scale

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İlaçlar genellikle hastalıkların sağaltımında kullanılan kimyasal maddeler olmakla beraber sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçasıdır ve modern sağlık hizmetleri için elbette ki gereklidir. DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) ilacı, ‘fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları insanın yararı için değiştirmek veya incelemek amacı ile kullanılan ve kullanılması öngörülen herhangi bir madde veya ürün’ olarak tanımlar (1). İlaçların doğru kullanımı olduğu sürece hastalıktan koruyup tedavi edici özelliğe sahipken, yanlış kullanımı olduğunda insan hayatını tehdit edip, hatta insan hayatını sonlandıran bir madde olabilir. Bu yüzden de halk sağlığı açısından önem arz etmektedir (2).

Akılcı ilaç kullanımı (AİK), DSÖ’ nün 1985’te Nairobi toplantısında da belirtmiş olduğu gibi, kullanıcıların klinik durumlarına uygun ilacı (etkili, kabul edilebilir kalite ve güvenlikte), bireysel sağlık ihtiyaçlarını karşılayan dozlarda, uygun bir süre boyunca, kendilerine ve topluma en düşük maliyetle kullanmalarını gerektirir (3). Sağlık politikasının önemli bir parçası olarak kabul görmektedir. Tüketicilerin rasyonel bakış açısı biraz daha farklı olabileceğinden tıbbi anlamda rasyonel olan tüketici için rasyonel olmayabilir veya tam tersi de geçerlidir. Çünkü tüketici için bir ilacın akılcı kullanımı, kültürel algılar ve ekonomik koşullardan etkilenebilen, günlük yaşam için değerinin yorumlanmasına dayanır (4).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı, yukarıda da tanımlanmış olan DSÖ’ ye göre akılcı kullanıma uygun olmayan ilaç kullanımını ifade etmektedir. Dünya çapında tüm ilaçların %50’den fazlası uygunsuz şekilde reçete ediliyor, dağıtılıyor veya satılıyor, hastaların% 50’si onları doğru şekilde alamıyor. Ayrıca, dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri temel ilaçlara erişimden yoksundur. Akılcı olmayan ilaç kullanımın yaygın türleri şu şekildedir; hasta başına fazla ilaç kullanımı (polifarmasi), bakteriyel olmayan enfeksiyonlar için antimikrobiyallerin genellikle yetersiz dozda uygunsuz kullanımı, oral formülasyonlar daha uygun olmasına rağmen aşırı enjeksiyon kullanımı, klinik kılavuzlara göre reçete yazamama, uygunsuz kendi kendine ilaç tedavisi (5). Akılcı olmayan kullanım, morbidite, mortalite, ilaç yan etkileri, kötü bir şekilde hastalığın önlenmesi, kontrolü ve tedavisi, antimikrobiyal direnç ve mali

kayıpla sonuçlanır. Akılcı olmayan kullanım, %90 ülkede klorokin dirençli falciparum sıtması, %2-40 birincil ilaca dirençli tüberküloz, %10-90 ampisilin sülfametoksazol / trimetoprim dirençli şigelloz ile sonuçlanmıştır (6). Maliyeti yüksek bu ikinci basamak ilaçların kullanılmasına yol açabilmektedir. Antimikrobiyal direncin ABD'de yıllık 4000-5000 milyar ABD dolarına mal olduğu tahmin ediliyor. Advers ilaç olaylarının Birleşik Krallık'ta yıllık 466 milyon sterline ve ABD'de hastane başına yılda 5,6 milyon ABD dolarına kadar mal olduğu tahmin edilmektedir. Advers ilaç olaylarının nerdeyse yarısı akılcı kullanımla önlenmektedir (7) 104 ülkede yapılan 900 çalışmayı içeren sistematik bir incelemeye göre, akılcı ilaç kullanımına ilişkin göstergelerin analizi, uygunsuz ilaç kullanımının bir halk sağlığı sorunu olmaya devam ettiğini göstermiştir. Bu derleme, kamu birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan çalışmaları içermektedir (11).

'Hastaların tercihlerini, değerlerini ve ihtiyaçlarını bilmek ve bunlara saygı göstererek karar aşamasında hastalarla ortaklık kurmak, hastaları hem fiziksel hem de duygusal yönden rahatlığa kavuşturmak ve hastaların savunuculuğunu yapmak' olarak tanımlanan Hasta Merkezli Yaklaşım Terimi (HMY) bu konuda ön plana çıkmaktadır (8). Genel olarak sağlık profesyonelleri, ilaçların akılcı kullanımında temel kişilerdir ve hastaların potansiyel riskleri ve yan etkileri en aza indirirken en uygun ve etkili ilaçları almalarını sağlar. Akılcı ilaç kullanımında sağlık profesyonellerinin önemini; hasta güvenliği, doğru teşhis ve tedavi, özel tedavi planları, izleme ve takip, hastaları eğitmek, uyum desteği, ilaç etkileşimlerini önleme, kanıta dayalı uygulamaların uygulanması, advers olayların bildirilmesi ve antibiyotik direncinin kontrol edilmeleri şeklinde başlıklar altında inceleyebiliriz (9,10). Uzmanlıkları ve hasta merkezli yaklaşımları, sağlık hizmeti sonuçlarının optimize edilmesinde ve hasta güvenliğinin desteklenmesinde hayati öneme sahiptir.

Bu çalışmada S.B.Ü. İzmir Tıp Fakültesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışan asistan hekimlerin akılcı ilaç kullanım ve hasta merkezli yaklaşım hakkında bilgi düzeylerini ölçmek, birbirleriyle olan ilişkisini ve bunları etkileyen faktörleri saptamak amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. AKILCI İLAÇ KULLANIMINA GİRİŞ

#### 2.1.1. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımlanması Ve Sağlık Hizmetlerindeki Önemi

AİK, DSÖ' nün 1985'te Nairobi toplantısında da belirtmiş olduğu gibi, kullanıcıların klinik durumlarına uygun ilacı (etkili, kabul edilebilir kalite ve güvenlikte), bireysel sağlık ihtiyaçlarını karşılayan dozlarda, uygun bir süre boyunca, kendilerine ve topluma en düşük maliyetle kullanmalarını gerektirir (12). Sağlık politikasının önemli bir parçası olarak kabul görmektedir.

#### 2.1.2 Akılcı İlaç Kullanımının Tarihsel Gelişimi

Akılcı ilaç kullanımının tarihi, kökleri binlerce yıl öncesine dayanan uzun ve gelişen bir tarihtir. Akılcı ilaç kullanımı, ilaçların bilimsel kanıtlara, güvenliliğe, etkinliğe ve hastaların yararına dayalı olarak gereksiz veya uygunsuz kullanımdan kaçınılması olarak tanımlanmaktadır. Akılcı ilaç kullanımının tarihindeki önemli zamanları arasında kısa bir özetleme yapacak olursak sıralama şu şekildedir (13,14):

**Eski Çağlar:** Sümerler, Mısırlılar, Yunanlılar ve Çinliler gibi erken uygarlıklar, çeşitli bitkilerin tıbbi özelliklerine ilişkin ampirik bilgilere dayalı olarak bitkisel ilaçlar uyguladılar. Bu uygulamalar modern bilimsel doğrulamadan yoksun olsa da, daha sonraki gelişmelerin temelini atmışlardır.

**Hipokrat Tıbbı (yaklaşık MÖ 460-370):** Eski Yunan hekimi Hipokrat, tıbbı sistematik bir yaklaşımı vurgulamış olup, semptomları gözlemlemenin ve kaydetmenin yanı sıra muhakeme ve gözleme dayalı terapötik müdahalelerin kullanılmasının önemini savunmuştur.

**Orta Çağlar:** Bu dönemde, Yunanlılar ve Araplar da dahil olmak üzere eski uygarlıklardan gelen bilgiler, başta İslam dünyası olmak üzere dünyanın dört bir yanındaki tıp okullarında ve merkezlerinde korunup daha da geliştirilmiştir.

**Rönesans ve Aydınlanma Çağı (15. – 18. yüzyıllar):** Bilimsel devrim ve bilimsel yöntemin ortaya çıkışı, daha sistematik bir tıp çalışmasına katkıda bulundu.

Aydınlanma Çağı, tıbbi uygulamaları kademeli olarak etkileyen akıl, kanıt ve yerleşik inançların sorgulanmasını vurgulamıştır.

Modern Tıbbın Doğuşu (19. yüzyıl): Kimya, fizyoloji ve farmakolojideki gelişmeler tıp için daha bilimsel bir temel sağlamıştır. Louis Pasteur ve Robert Koch gibi bilim adamları, bulaşıcı hastalıkların anlaşılmasında devrim yaratan ve tedavileri için daha iyi yaklaşımlara yol açan mikrop teorisini geliştirmişlerdir.

20. Yüzyıl: 20. yüzyılda tıbbi araştırmalarda önemli ilerlemeler ve kanıta dayalı tıbbin (KDT) ortaya çıkışı görüldü. Klinik uzmanlığı mevcut en iyi araştırma kanıtları ve hasta değerleri ile birleştirilerek karar vermede mevcut en iyi kanıtların kullanılmasını vurgular. KDT, akılcı tıp kullanımında merkezi bir kavram haline gelmiştir.

İkinci Dünya Savaşı Sonrası: Randomize kontrollü çalışmaların (RKÇ'ler) geliştirilmesi ve ilaçları güvenlik ve etkililik açısından değerlendirmek ve onaylamak için düzenleyici kurumların kurulması, ilaçların akılcı kullanımını daha da güçlendirmiştir.

21. Yüzyıl: Tıbbi teknoloji, genomik ve kişiselleştirilmiş tıptaki gelişmeler, ilaçların akılcı kullanımını daha da geliştirdi. İlaçların piyasaya girmesinden sonra ilaç güvenliği ve yan etkilerinin izlenmesi ve değerlendirilmesine odaklanan "farmakovijilans" kavramı ön plana çıkmıştır.

Tarih boyunca, şarlatanlık, akıl dışı reçete yazma uygulamaları ve ilaçların etik olmayan şekilde pazarlanması dahil olmak üzere çeşitli zorluklar devam etmiştir. Sağlık uzmanları, araştırmacılar, politika yapıcılar ve uluslararası kuruluşların çabaları, akılcı ilaç kullanımını teşvik etmeyi ve hastaların sağlam bilimsel kanıtlara dayalı en uygun ve etkili tedavileri almasını sağlamayı amaçlamıştır. Küresel sağlık sonuçlarını iyileştirmek için ilaçların yenilikçilik, erişilebilirlik ve etik ve akılcı kullanımı arasında bir denge kurmaya yönelik devam eden bir çaba olmaya devam etmektedir (13,14).

## 2.2. AKILCI İLAÇ KULLANIMININ FAYDALARI

Akılcı ilaç kullanımı bireylere, sağlık sistemlerine ve bir bütün olarak topluma çok çeşitli faydalar sunabilmektedir. Önemli faydalardan bazıları şunlardır (15,16):

*Artırılmış Hasta Güvenliği:* Akılcı ilaç kullanımı, advers ilaç reaksiyonları ve ilaç hataları riskini en aza indirerek hastaların uygun ve güvenli tedaviler almasını sağlar.

*İyileştirilmiş Tedavi Sonuçları:* Akılcı ilaç kullanımı, bilimsel kanıtlara ve bireysel hasta ihtiyaçlarına dayalı ilaçlar reçete ederek, başarılı tedavi sonuçları ve daha iyi hasta sağlığı olasılığını artırır.

*Düşük Sağlık Maliyetleri:* Akılcı ilaç kullanımı, gereksiz tedavi ve ilaçları önleyerek hastalar, sağlık sistemleri ve sigortacılar için maliyet tasarrufu sağlar.

*En Aza İndirilmiş İlaç Direnci:* Antibiyotiklerin ve diğer antimikrobiyal ilaçların akılcı kullanımı, ilaca dirençli suşların gelişmesini önlemeye yardımcı olur ve bu ilaçların gelecekte kullanılmak üzere etkisini korur.

*Artan Hasta Uyumu:* Hastalar, reçete edilen ilaçların arkasındaki mantığı ve faydalarını anladıklarında, tedavi planlarına uyma olasılıkları daha yüksektir ve bu da daha iyi sağlık sonuçlarına yol açar.

*Azalan İlaç Etkileşimleri:* Sağlık uzmanları, ilaçları akılcı bir şekilde reçete ederken potansiyel ilaç etkileşimlerini göz önünde bulundurarak ilaç kombinasyonlarından kaynaklanan zararlı etki riskini azaltır.

*Verimli Kaynak Tahsisi:* Akılcı ilaç kullanımı, sağlık kaynaklarının akılcı kullanımını teşvik ederek ilaçların makul bir şekilde kullanılmasını ve israfın en aza indirilmesini sağlar.

*Kanıt Dayalı Tıbbın Gelişmesi:* Akılcı tıp kullanımı, tıbbi uygulamaları ve tedavileri iyileştirmek için sürekli araştırma ve klinik deneyleri teşvik eden bilimsel kanıtlara dayanmaktadır.

*Sağlık Hizmetinde Güven Oluşturma:* Hastalar, ilaçları akılcı ve şeffaf bir şekilde aldıklarında sağlık hizmeti sağlayıcılarına ve tıbbi sisteme güvenme olasılığı daha yüksektir.

*Küresel Sağlık Faydaları:* Akılcı ilaç kullanımı, halk sağlığı sorunlarının ele alınmasında ve dünya çapında güvenli ve etkili ilaçlara eşit erişimin teşvik edilmesinde çok önemlidir.

*Azaltılmış Çevresel Etki:* İlaçların akılcı kullanımı, farmasötik kalıntılarının çevreye salınmasını en aza indirerek çevresel etkinin azaltılmasına da katkıda bulunabilir.

*Etik Pazarlama Uygulamalarının Teşviği:* Akılcı ilaç kullanımı, ilaçların etik olmayan pazarlamasını caydırır ve ilaç şirketlerini kanıta dayalı bilgilere ve hasta ihtiyaçlarına odaklanmaya teşvik eder.

Genel olarak akılcı ilaç kullanımı, yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunmak, hasta sonuçlarını optimize etmek ve tıbbi kaynakların verimli ve akılcı kullanımını sağlamak için temeldir. Tedavilerin bireysel ihtiyaçlara göre şekillendirildiği, bilimsel kanıtlarla desteklendiği ve hastalar için mümkün olan en iyi sağlık sonuçlarına ulaşmaya odaklandığı hasta merkezli bir sağlık hizmeti yaklaşımını teşvik eder (15,16).

### **2.3. AKILCI İLAÇ KULLANIMININ TEMEL İLKELERİ**

AİK veya akılcı farmakoterapi olarak da bilinen akılcı ilaç kullanımının temel ilkeleri, ilaçların riskleri ve gereksiz harcamaları en aza indirirken faydalarını en üst düzeye çıkaracak şekilde reçete edilmesini, dağıtılmasını ve kullanılmasını sağlamak için temel kılavuzlardır. Bu ilkeler, ilaçların güvenli, etkili ve uygun maliyetli kullanımını teşvik etmeyi ve böylece hasta sonuçlarını optimize etmeyi amaçlar.

“Hastalık yoktur hasta vardır” prensibi doğrultusunda ortaya çıkan yeni kavram K-ilaç (Kişisel-ilaç) veya K-tedavidir. K-ilaç/K-tedavi ile tedavi mümkün olduğunca kişiselleştirilmelidir. K-ilaç uygulamasının temel gerekliliği doğru tanıyı koymaktır; bunu da tedavi hedeflerinin belirlenmesi izler. Sonradan her bir tedavi

hedefi için etkili ilaç gruplarının bir listesi oluşturulmaktadır (K-ilaç grupları). Bahsi geçen K-ilaç gruplarının içinden K-ilaç seçilir ve bu seçim yapılırken de temel ilkelerden yararlanır (22).

DSÖ tarafından 1994 yılında “Guide to Good Prescribing” adı ile yayınlanmış olan klavuz, Ocak 2000 tarihinde Türkiye’de de T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından “İyi Reçete Yazma Kılavuzu” adıyla Türkçeye çevrilmiştir. Bu kaynak, genel akılcı farmakoterapi ilkeleri klavuzluğunda akılcı ilaç kullanımını içermektedir. DSÖ bu rehberde; etkililik, uygunluk, maliyet ve güvenlilik olarak başlıca akılcı ilaç kullanımının temel ilkelerini içerip aynı zamanda hekimlere ilaç seçiminde, ilaç reçete etmede yardımcı olmasını amaçlamıştır (17). Bu rehberde belirtilen akılcı ilaç kullanımının ilkeleri şu şekilde açıklanmıştır:

### **2.3.1. Etkililik (İlaçların farmakodinamik ve farmakokinetik özellikleri)**

Etkililik, 'bir ilacın olağan klinik ortamda amaçlanan etkiye ulaşma derecesi' olarak tanımlanabilir ve tedavi için verilecek ilacın seçiminde birinci sırada gelen faktördür. İlaçların hem farmakodinamik hem farmakokinetik özelliklerini barındırır. Gerçek uygulamanın gözlemsel çalışmaları yoluyla değerlendirilebilir. Bu, uygulamanın niceliksel olduğu kadar nitel açıdan da değerlendirilmesini sağlar (18).

### **2.3.2. Güvenlilik ( İlacın yan etkisi):**

İlaç kullanımında ortaya çıkabilecek istenmeyen durumları yani ilacın yan etkilerini ifade eder. İlaç güvenliği, sağlık hizmetlerinin kritik bir yönüdür ve ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) ve Avrupa İlaç Ajansı (EMA) gibi düzenleyici kurumlar, halka sunulan ilaçların mümkün olduğunca güvenli olmasını sağlamak için özenle çalışır. Bununla birlikte, sağlık uzmanları ve hastaların tetikte olmaları ve ilaçlarla ilgili şüpheli yan etkileri veya güvenlik endişelerini uygun makamlara bildirmelerinin önemli olduğu gibi sağlık profesyonellerinin almış olduğu iyi ve eksiksiz anamnezlerle ilaç yan etki görülme olasılığını en aza indirmek mümkündür (19).

### **2.3.3. Uygunluk (İlacın Kontrendikasyonu)**

İlacın uygunluğu; uygulama şeklini (veriliş yolunun hastaya uygunluğu veya kolay uygulanabilir formda olup olmadığı), sıklığını, kontrendikasyonları (hamilelik, emzirme, çocuk veya diğer özel durumlar...), ilaç etkileşimlerini (ilaç-ilaç veya ilaç-besin) kapsar. Sağlık profesyonellerinin bir hastaya herhangi bir ilaç reçete etmeden veya uygulamadan önce kontrendikasyonları dikkatlice değerlendirmesi önemlidir. Hastanın tıbbi geçmişini değerlendirir, gerekli testleri yapar ve en uygun tedavi planı hakkında bilinçli kararlar vermek için potansiyel riskleri göz önünde bulundururlar. Hastalar, kontrendike tedavilerden kaçınmaya yardımcı olmak için aldıkları bilinen alerjiler, tıbbi durumlar veya ilaçlar dahil olmak üzere sağlık durumları hakkında sağlık uzmanlarına eksiksiz ve doğru bilgiler vermeleri bu yönden önem teşkil etmektedir (20).

### **2.3.4. Tedavi Maliyeti (İlacın Fiyatı)**

İlaçların tedaviyi sağlamada ortaya koydukları toplam maliyet üzerinden hesaplanır. İlacın hastaya günlük toplam maliyeti, tedavi etmemenin iş gücü kaybı vb. nedenlerle toplumsal maliyetinin olup olmadığı, komplikasyonlar çıkarsa tedavi maliyetini nasıl etkileyeceği gibi durumları kapsar. İlaç maliyeti hastalar, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve benzer şekilde politika yapıcılar için önemli bir endişe kaynağı olabilir. Yüksek ilaç maliyetleri, özellikle yeterli sağlık sigortası olmayanlar veya sınırlı sağlık kaynaklarına sahip ülkelerde temel tedavilere erişimi sınırlandırabilir. Sonuç olarak, farmasötik inovasyon için adil tazminat sağlanması ile genel nüfus için hayat kurtaran ve hayatı iyileştiren ilaçlara uygun fiyatlı erişim sağlanması arasında bir denge kurmak için çaba sarf edilmektedir (21).

## **2.4. AKILCI İLAÇ KULLANIMINDA KANITA DAYALI**

### **TIBBIN YERİ**

Kanıt dayalı tıp (KDT), akılcı ilaç kullanımını teşvik etmede ve tıbbi kararların mevcut en iyi kanıtlara dayanmasını sağlamada çok önemli bir rol oynar. Akılcı ilaç kullanımı, potansiyel riskleri ve maliyetleri en aza indirirken hastalar için

mümkün olan en iyi sonuçları elde etmek için ilaçların uygun ve etkili kullanımını ifade eder. Kanıta dayalı tıbbın akılcı ilaç kullanımı için gerekli olmasının bazı temel nedenleri şunlardır:

*Optimal Tedavi Kararları:* Doktorlar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları, iyi tasarlanmış klinik araştırmalardan ve sistematik incelemelerden elde edilen kanıtlara dayanarak daha iyi tedavi kararları alabilirler. Bu, belirli hasta popülasyonlarında işe yaradığı kanıtlanmış tedavilerin kullanılmasına yol açarak başarılı sonuç alma şansını artırır.

*Aşırı ve Yetersiz Tedaviden Kaçınma:* KDT, tıbbi müdahalelerin hem aşırı hem de yetersiz kullanımını önlemeye yardımcı olur. Gereksiz tedaviler, sağlık maliyetlerinin artmasına, potansiyel yan etkilere ve kaynakların boşa harcanmasına neden olabilirken, yetersiz tedavi, hastalıkların ilerlemesine ve daha kötü hasta sonuçlarına neden olabilir.

*Sağlık Hizmetinde Sürekli İyileştirme:* Kanıtları sistematik olarak değerlendirerek, sağlık hizmeti sunucuları en son gelişmelerden haberdar olabilir ve tıbbi uygulamalarını sürekli olarak geliştirebilir. Sürekli öğrenmeye olan bu bağlılık, hastaların mevcut en güncel ve etkili tedavileri almasını sağlar.

*Bakımın Standardizasyonu:* Kanıta dayalı yönergeler ve protokoller, tıbbi bakımı standartlaştırmaya yardımcı olarak uygulamadaki gereksiz farklılıkları azaltır. Bu standardizasyon, hastaların ziyaret ettikleri sağlık hizmeti sağlayıcısından bağımsız olarak tutarlı ve yüksek kaliteli bakım almalarını sağlar.

*Halk Sağlığı Etkisi:* Kanıta dayalı tıbbın yönlendirdiği akılcı ilaç kullanımının halk sağlığı üzerinde daha geniş bir etkisi olabilir. Sağlık sistemleri, güçlü kanıtlarla desteklenen müdahaleleri kullanarak halk sağlığı sorunlarını etkili bir şekilde ele alabilir ve toplumların genel sağlığını iyileştirebilir.

*Önyarguları En Aza İndirmek:* Kanıta dayalı tıp, tıbbi kararları etkileyebilecek önyarguları en aza indirmeye çalışır. Bunun yerine, klinik uygulamayı bilgilendirmek için nesnel verilere ve araştırmanın eleştirel değerlendirmesine dayanır.

*Maliyet Verimliliği:* Kanıta dayalı uygulamalar yoluyla akılcı ilaç kullanımı, daha uygun maliyetli sağlık hizmetlerine yol açabilir. Kanıtlanmış faydaları ve

maliyet etkinliği olan tedavileri kullanarak, sağlık sistemleri kaynakları verimli bir şekilde tahsis edebilir ve sınırlı bütçelerle mümkün olan en iyi bakımı sağlayabilir.

*İlaç Direncinin Azaltılması:* Antibiyotiklerin ve diğer ilaçların aşırı veya uygunsuz kullanımı ilaca dirençli patojenlerin gelişmesine yol açabilir. Örneğin, antibiyotik reçetelemeye ilişkin kanıta dayalı kılavuzlar, küresel antimikrobiyal direnç tehdidiyle mücadeleye yardımcı olabilir.

*Sağlık Hizmetinde Güveni Arttırmak:* Hastalar, aldıkları tedavilerin sağlam bilimsel kanıtlara dayandığını bildiklerinde sağlık uzmanlarına güvenme olasılıkları daha yüksektir. KDT, karar vermede şeffaflığı teşvik eder ve güçlü bir doktor-hasta ilişkisi kurulmasına yardımcı olur.

Sonuç olarak, kanıta dayalı tıp, akılcı ilaç kullanımı için vazgeçilmezdir çünkü sağlık hizmeti sağlayıcılarına iyi bilgilendirilmiş kararlar vermede rehberlik eder, daha iyi hasta sonuçlarına, daha az zarara, uygun maliyetli tedavilere ve sağlık sistemine olan güvenin artmasına yol açar. Tıbbi müdahalelerin güvenilir kanıtlara dayanmasını sağlamak için bir çerçeve sağlar ve daha verimli ve etkili bir sağlık sistemi geliştirir (23-26).

## **2.5 AKILCI İLAÇ KULLANIMINI TEŞVİK ETME STRATEJİLERİ**

Akılcı ilaç kullanımına yönelik önemli ilk adım, 1977'de DSÖ'nün, ülkelere kendi ulusal listelerini oluşturmalarında yardımcı olmak için 1. Model Temel İlaçların Listesini oluşturmasıyla atılmıştır. Bu liste sağlık sistemindeki önemli ihtiyaçları karşılamak amacıyla en etkili ve en güvenli olduğu düşünölmüş olan ilaçları içermektedir. Liste, aynı zamanda ülkeler tarafından kendi yerel temel ilaç listelerini geliştirmeye yardımcı olmak için de kullanılmaktadır. 2016' dan beri gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin dahil olduğu 155'ten fazla ülke, Dünya Sağlık Örgütü'nün model listesine dayalı olarak temel ilaçlara ait kendi ulusal listelerini oluşturmuştur. DSÖ, ana listeyi 2 yılda bir güncellemektedir (27,28) .

1989'da, ilaçların daha akılcı kullanımını teşvik etmek için çok disiplinli müdahale araştırma projeleri yürütmek üzere Uluslararası Akılcı İlaç Kullanımı Ağı (INRUD) kurulmuştur (e-posta: [inrud@msh.org](mailto:inrud@msh.org) web sitesi: <http://www.msh.org/> ).

DSÖ ilaçların daha akılcı kullanımını teşvik etmek için gerekli temel politikaları 12 başlık altında toplamıştır.

*1. İlaç kullanım politikalarını koordine etmek için yetkilendirilmiş çok disiplinli bir ulusal yapı :* Akılcı ilaç kullanımının sağlanması için birçok paydaş ile koordinasyonu gerektirecek ek faaliyetler gerekmektedir. Bu sebepten ötürü, hem kamu hem de özel sektörde ulusal çapta politika ve stratejileri koordine edecek ulusal bir organa ihtiyaç duyulmaktadır. Bu ulusal yapının aldığı biçim ülkeye göre değişebilmektedir. Fakat her koşulda hükümet (sağlık bakanlığı), sağlık meslekleri, akademi, ilaç endüstrisi, tüketici grupları ve sağlık hizmetleriyle ilgili sivil toplum kuruluşlarını içermesi gerektiği unutulmamalıdır.

*2. Klinik yönergelerin olması:* Klinik yönergeler (standart tedavi kılavuzları, reçeteleme politikaları), reçete yazanların belirli klinik durumlar için uygun tedaviler hakkında karar vermesine yardımcı olmak için sistematik olarak geliştirilmiş ifadelerden oluşur. Kanıta dayalı klinik kılavuzlar, ilaçların akılcı kullanımını teşvik etmek için kritik öneme sahiptir. İlk olarak, gerçek tedavilerin karşılaştırılabileceği tatmin edici bir teşhis ve tedavi kıyaslaması sağlarlar.

*3. Tercih edilen tedavilere dayalı temel ilaçlar listesinin olması:* Temel ilaçlar listesi kullanmak, ilaç yönetimini her açıdan kolaylaştırır; daha az ürünle tedarik, depolama ve dağıtım daha kolaydır ve daha az ürün hakkında bilgi sahibi olmaları gerektiğinde profesyoneller için reçete yazma ve dağıtım daha kolaydır.

*4. İlçe ve hastanelerdeki ilaç ve tedavi kurullarının olması:* Kurumda veya kendi yetkisi altındaki alanda ilaçların güvenli ve etkili kullanımını sağlamak için belirlenmiş bir komitedir. Bu tür komiteler, hastanelerde ilaçların daha akılcı, uygun maliyetli kullanımını teşvik etmenin başarılı bir yolu olarak sanayileşmiş ülkelerde yerleşmiş haldedir.

5. *Lisans müfredatında probleme dayalı farmakoterapi eğitimi:* Klinik yönergeler ve temel ilaç listeleriyle beraber akılcı farmakoterapi eğitimi, iyi reçete yazma alışkanlıkları oluşturmaya katkı sağlayabilir.

6. *Ruhsat şartı olarak sürekli hizmet içi tıp eğitimi:* Birçok gelişmiş ülkede sağlık profesyonellerinin ruhsatlandırılması için hizmet içi eğitim bir gerekliliktir. Problem temelli, hedefli, profesyonel toplulukları, üniversiteleri ve sağlık bakanlığını da dahil eden ve yüz yüze olan hizmet içi eğitimlerin etkili olması beklenir. Yüz yüze müdahalelerin eşlik etmediği basılı materyallerin, reçete yazma davranışını değiştirmede etkisiz kaldığı daha önceden gösterilmiştir.

7. *Gözetim, denetim ve geri bildirim:* Etkili denetim biçimleri, reçete denetimi ve geri bildirim, akran değerlendirmesi ve grup süreçlerini içerir. Reçete denetimi ve geri bildirim, reçete uygunluğunun analiz edilmesinden ve ardından geri bildirim verilmesinden oluşur.

8. *İlaçlar hakkında bağımsız bilgi:* Çoğunlukla hekimlerin ilaçlarla ilgili olarak aldığı bilgi yalnızca ilaç endüstrisi tarafından sağlanır ve bu da yanlış olabilmektedir. Bağımsız (tarafsız) bilgilerin sağlanması bu nedenle önemlidir. İlaç bilgi merkezleri (DIC'ler) ve ilaç bültenleri, bu tür bilgilerin yayılmasının iki yararlı yoludur.

9. *İlaçlar hakkında halk eğitimi:* Kültürel inançları ve sosyal faktörlerin etkisi düşünülerek halk eğitimi kampanyaları yürütmek gerekir. İlaçların kullanımına ilişkin eğitim, okul müfredatının sağlık eğitimi kısmına veya okuryazarlık kursları gibi yetişkin eğitim programlarına eklenerek verim sağlanabilir.

10. *Olumsuz mali teşviklerden kaçınma:* Hastalar ücretsiz ya da geri ödemeli ilaçları tercih etmektedirler. Yalnızca temel ilaçlar devlet tarafından ücretsiz olarak sağlanırsa veya sigorta yoluyla geri ödenirse, hastalar reçete yazanlara yalnızca temel ilaçları yazmaları için baskı altında kalacaktır. İlaçlar yalnızca reçete klinik kılavuzlara uygun olduğunda geri ödeniyorsa, reçete yazanların üzerinde akılcı reçete yazmaları için daha da güçlü bir baskı olabilir.

11. *Uygun ve zorunlu düzenleme:* İlaçların kullanımına dahil olan tüm paydaşların faaliyetlerinin düzenlenmesi, akılcı kullanımı sağlamak için kritik öneme

sahiptir. Düzenlemelerin herhangi bir etkisi olacaksa, uygulanmaları ve düzenleyici otoritenin yargı tarafından yeterince finanse edilmesi ve desteklenmesi gerekir.

*12. İlaçların ve personelin mevcudiyetini sağlamak için yeterli devlet harcaması:* Temel ilaçların eksikliği, zorunlu olmayan ilaçların kullanımına yol açar ve uygun şekilde eğitilmiş personelin eksikliği, eğitimsiz personel tarafından akılcı olmayan ilaç yazılmasına neden olabilmektedir. Ayrıca, yeterli yetkin personel ve mali kaynak olmadan, ilaçların akılcı kullanımını teşvik eden ulusal bir programın temel bileşenlerinden herhangi birini yürütmek mümkün değildir (29).

## **2.6. AKILCI İLAÇ KULLANIMINDAKİ PAYDAŞLAR**

Akılcı ilaç kullanımını teşvik etmek, her biri ilaçların akılcı, güvenli ve etkili kullanımını sağlamada çok önemli bir rol oynayan çeşitli paydaşları içerir. Bu paydaşlar, sağlık hizmeti sonuçlarını optimize etmek ve ilaç kullanımıyla ilgili zorlukları ele almak için işbirliği içinde çalışır. Akılcı ilaç kullanımını bağlamında bazı kilit paydaşlar şunları içerir:

### *Sağlık Profesyonelleri*

Doktorlar, eczacılar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları akılcı ilaç kullanımının ön saflarında yer almaktadır. Reçeteleme kararları verirler, hastaları ilaçlar hakkında eğitirler, tedavi yanıtlarını izlerler ve tedavi planlarına uyulmasını sağlarlar.

### *Hastalar*

Akılcı ilaç kullanımında hastalar temel paydaşlardır ve akılcı reçeteleme kararlarına önemli katkılarda bulunurlar. İnançları ve beklentileri, tedavinin hedeflerini etkilemektedir. En azından advers olayların erken geri bildirimini sağlayarak tedavinin sürmesinde sıklıkla kilit bir rol oynayacaklardır (30). Geçtiğimiz 10 yıl içinde, tüketicilerin sağlık hizmetlerinde aktif bir rol oynaması gerektiğine dair kanı artmaktadır. Özellikle hasta merkezli yaklaşım alanı, tüketicileri aktif yöneticiler olarak teşvik etmek ve onlara sağlık ve tedavi konusunda karar vericiler olarak merkezi bir rol ifade etmede rol aldı. Sağlık hizmetleri kararlarına aktif olarak katılmalı, reçete edilen tedavi rejimlerini takip etmeli ve

sağlık durumları ve ilaçlarla ilgili endişeleri hakkında sağlık uzmanlarıyla açık bir şekilde iletişim kurmalıdırlar (31).

### *İlaç Şirketleri*

İlaç şirketleri, ilaçlar hakkında bilgi sağlama, yeni ilaçların araştırma ve geliştirmesini yürütme ve ürünlerinin güvenliğini ve etkinliğini sağlamak için düzenleyici yönergelerle bağlı kalma konusunda rol oynar.

### *Düzenleyici Otoriteler*

ABD Gıda ve İlaç İdaresi (FDA) ve Avrupa İlaç Ajansı (EMA) gibi devlet düzenleyici kurumları ilaçları güvenlik, etkinlik ve kalitelerine göre değerlendirir ve onaylar. İlaçların pazarlanması ve dağıtımını yönetmek için yönergeler ve düzenlemeler oluştururlar.

### *Sağlık Kuruluşları*

Hastaneler, klinikler ve diğer sağlık kuruluşları, akılcı ilaç kullanımını teşvik etmek için politikalar ve prosedürler uygular. Uygun ilaç uygulamalarını sağlamak için ilaç kullanım incelemeleri ve antimikrobiyal yönetim programları oluşturabilirler.

### *Sağlık Sigortası Sağlayıcıları*

Sağlık sigortası şirketleri veya sağlayıcıları, hastaların belirli ilaçlara erişimini etkileyebilecek olan teminat politikalarını ve ilaçlar için geri ödemeyi belirleyerek akılcı ilaç kullanımında rol oynar.

### *Akademik ve Araştırma Kurumları*

Bu kurumlar, araştırma, klinik deneyler ve ilaç reçete etme ve kullanma konusunda kanıta dayalı kılavuzların geliştirilmesi yoluyla akılcı ilaç kullanımına ilişkin bilgi tabanına katkıda bulunur.

### *Hasta Savunuculuk Grupları*

Savunuculuk grupları, belirli tıbbi durumları olan hastalara destek ve eğitim sağlayarak, ilaç kullanımını da dahil olmak üzere tedavi seçenekleri hakkında bilinçli kararlar vermelerine yardımcı olur.

### *Eczacılar*

Eczacılar ilaç danışmanlığı sağlama, ilaç etkileşimlerini kontrol etme ve hastalara ilaçların doğru şekilde verilmesini sağlama konusunda kritik öneme sahiptir. Eczacıların ilaç yönetimi ve hasta eğitimi konusundaki uzmanlığı, ilaçların akılcı ve güvenli bir şekilde kullanılmasını sağlamada değerlidir. Sağlık ekibine katılımları, hasta sonuçlarının iyileştirilmesine, ilaç hatalarının azalmasına ve genel sağlık hizmeti kalitesinin artmasına katkıda bulunur.

### *Hükümet ve Politika Yapıcılar*

Hükümet ve politikacılar, sağlık sistemi içinde ilaçların güvenli, etkili ve adil kullanımını sağlamak için akılcı ilaç kullanımını teşvik etmede kritik bir rol oynamaktadır. İlaç erişimini, karşılanabilirliğini ve uygun kullanımı etkileyen politikaları, düzenlemeleri ve finansmanı etkileyebilirler. Akılcı ilaç kullanımında hükümetin ve politikacıların bazı kilit rolleri; mevzuat ve yönetmelik (kılavuzlar) oluşturur, ilaç fiyatlandırması ve geri ödeme oranlarını belirler, formüller yönetimi yapar (onaylanmış ilaçların listesini ve bunların güvenlik, etkinlik ve maliyet etkinliğine dayalı kullanımları özetler), akılcı ilaç kullanımını teşvik eden halk sağlığı kampanyalarını destekleme, ilaçların güvenliğini izleyerek farmakovijilanstaki rol oynama ve advers ilaç reaksiyonlarının raporlarını toplayıp analiz etme, ilaç etkinliği ve güvenliği sağlamak için ilaç geliştirme, farmakoloji ve sağlık sonuçlarına yönelik araştırmalar için fon ayırma, akılcı ilaç kullanımına yönelik kılavuzlar ve en

iyi uygulamaları geliştirmek için sağlık uzmanları, eczacılar ve tıp topluluklarıyla işbirliği yapma, küresel düzeyde akılcı ilaç kullanımı teşvik ederek antimikrobiyal direnç gibi küresel sağlık sorunlarına yönelik uluslararası girişimlere katılma şeklinedir (35,36).

Bu paydaşlar arasındaki işbirliği ve iletişim, sağlık hizmetleri ortamlarında akılcı ilaç kullanımı teşvik ederken ilaç güvenliği, erişim ve karşılanabilirlik ile ilgili zorlukları ele almak için çok önemlidir. Bu multidisipliner yaklaşım, hasta sonuçlarını optimize etmeye yardımcı olur ve genel sağlık hizmeti kalitesine ve sürdürülebilirliğine katkıda bulunur (32,33,34,35,36).

## **2.7. AKILCI İLAÇ KULLANIMINDAKİ ZORLUKLAR VE AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI**

### **2.7.1. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımına rnekler**

Akılcı olmayan ilaç kullanımına örnekler şu şekildedir (29,45,46):

- 1. Aşırı Reçeteleme:* Gerekli olmayan bir ilacın reçete edildiği veya gerekliyse de tedavi süresinin çok uzun olduğu veya hastalara verilen ilaç miktarının mevcut tedavi süreci için gereken miktarın üzerinde olduğu durumları ifade eder. Gerekli olmadığında veya aşırı miktarda ilaç reçete eden sağlık hizmeti sağlayıcıları. Bu, teşhis belirsizliği, hastalardan acil rahatlama baskısı veya farmasötik pazarlamanın etkisi nedeniyle ortaya çıkabilir.
- 2. Polifarmasi:* Birden fazla ilacın aynı anda, genellikle klinik olarak gerekenden daha fazla kullanılmasıdır. Polifarmasi, ilaç etkileşimleri, yan etkiler ve ilaç uyumsuzluğu riskini artırır.
- 3. Uygunsuz Antibiyotik Kullanımı:* Viral enfeksiyonlar veya antibiyotiklerin endike olmadığı diğer durumlar için antibiyotik reçete etmek. Bu uygulama antibiyotik direncine neden olabilmekte ve bu da daha sonra temel ilaçların etkinliğini azaltabilmektedir.
- 4. Gerekli İlaçların Reetelenmemesi:* Sağlık hizmeti sağlayıcıları, bir hastanın tıbbi durumunu tedavi etmek için gerekli olan ilaçları reçete etmekte başarısız olabilir.

Bunun nedeni yetersiz teşhis, uygun tedavilerin farkında olmama veya erişim sorunları olabilir.

5. *Yanlış Dozaj:* Hastanın durumuna veya özelliklerine göre çok yüksek veya çok düşük dozlarda ilaç reçete edilmesidir. Yanlış dozlar, etkisiz tedaviye veya yan etkilere neden olabilir.

6. *İlaç İhmalleri:* Tedavi planına temel ilaçları dahil etmemek, tedavi edilmemiş veya yetersiz tedavi edilmiş tıbbi durumlara yol açabilir.

7. *Yönergelere uymama:* İlaç reçete ederken kanıta dayalı klinik yönergeleri takip etmeyen sağlık hizmeti sağlayıcıları. Bu, tutarsız veya yetersiz tedavi kararlarına yol açabilir.

8. *Kendi Kendine İlaç Tedavisi:* Uygun tıbbi tavsiye veya konsültasyon olmaksızın kendi kendine reçete yazan veya kendi kendine ilaç uygulayan hastalar olabilir. Kendi kendine ilaç tedavisi, yanlış ilaç seçimlerine veya dozajlarına ve olası yan etkilere yol açabilir.

9. *Yetersiz Hasta Eğitimi:* Hastaların ilaçları hakkında yeterli bilgi veya danışmanlık almaması, yanlış anlamalara, yanlış kullanıma veya tedavi planlarına uymamasına yol açar.

10. *İlaç Paylaşımı:* Reçeteli ilaçları başkalarıyla paylaşan hastalar, uygunsuz kullanıma veya advers reaksiyonlara yol açabileceğinden tehlikeli olabilir.

11. *İlaç İstifçiliği:* Hastaların antibiyotik gibi ilaçları uygun tıbbi gözetim olmadan stoklaması yanlış kullanıma ve potansiyel direnç gelişimine yol açar.

12. *Reçetesiz İlaçların Kötiye Kullanımı:* Reçetesiz ilaçları uygun olmayan şekilde veya endike olmadıkları durumlarda kullanmak.

Akılcı olmayan ilaç kullanımının ele alınması, sağlık hizmeti sağlayıcılarının, politika yapıcıların, ilaç şirketlerinin ve hastaların çaba göstermesini gerektirir. Kanıta dayalı uygulamayı teşvik etmeyi, klinik kılavuzları uygulamayı, sağlık okuryazarlığını geliştirmeyi ve meslekler arası işbirliğini teşvik etmeyi içerir. Sağlık sistemleri akılcı ilaç kullanımını teşvik etmek için birlikte çalışarak hasta sonuçlarını iyileştirebilir, sağlık hizmeti maliyetlerini azaltabilir ve ilaç güvenliğini artırabilir.

### **2.7.2 Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Nedenleri**

Akılcı olmayan ilaç kullanımının altında yatan nedenler çok faktörlüdür ve farklı sağlık hizmeti ortamları ve bölgeleri arasında değişiklik gösterebilir. Bu nedenler genellikle karmaşık ve birbiriyle ilişkilidir ve bunların ele alınması kapsamlı bir yaklaşım gerektirir. Akılcı olmayan ilaç kullanımının altında yatan yaygın nedenlerden bazıları şunlardır:

- Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı: Sağlık okuryazarlığı eksik olan hastalar, ilaç talimatlarını, olabilecek yan etkileri ve uyumun önemini anlamakta güçlük çekebilir. Bu, ilaçların kötüye kullanılmasına veya uyumsuzluğa yol açabilir.

- Yetersiz Sağlık Hizmeti Sağlayıcı Eğitimi: Sağlık hizmeti sağlayıcıları, yetersiz reçete yazma uygulamalarına yol açan kanıta dayalı kılavuzlar hakkında yeterli eğitim veya bilgiye sahip olmayabilir.

- Zaman Kısıtlamaları: Meşgul sağlık hizmeti sağlayıcıları, hasta görüşmeleri sırasında ilaç seçeneklerini ve potansiyel riskleri kapsamlı bir şekilde tartışmak için yeterli zamana sahip olmayabilir, bu da aceleci veya uygunsuz reçete kararlarına yol açabilir.

- Mali Teşvikler: Bazı sağlık sistemlerinde, reçete hacmine bağlı ikramiyeler veya komisyonlar gibi mali teşvikler, sağlık hizmeti sağlayıcılarını ilaçları aşırı reçete etmeye etkileyebilir.

- Farmasötik Pazarlama ve Promosyon: İlaç şirketleri tarafından agresif pazarlama ve promosyon, reçete yazma davranışını etkileyebilir ve belirli ilaçların aşırı kullanımına yol açabilir.

- Parçalanmış Sağlık Hizmeti Sunumu: Parçalanmış sağlık sistemleri, sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında zayıf iletişim ve koordinasyona yol açarak ilaçların tekrarlanmasına veya yetersiz ilaç incelemelerine yol açabilir.

- Antibiyotik Yanılgıları: Viral enfeksiyonlar için etkili olduklarına inanmak gibi antibiyotiklerle ilgili yanılgılar, antibiyotik direncine katkıda bulunarak uygunsuz kullanımlarına katkıda bulunabilir.

- Hasta Talebi: Hastalar, daha etkili olduklarına veya durumlarına daha uygun olduğuna inanarak bazı ilaçları talep edebilir ve bu da gereksiz reçete yazmaya yol açar.

- Sorunlu İlaç Tedarik Sistemi Ve Yetersiz İlaç Düzenlemeleri: İlaç düzenlemelerindeki yetersizlik ve yaptırım eksikliği, sahte veya standart altı ilaçların

bulunmasına ve çok sayıda ilacın olmasına neden olabilir ve bu da akılcı olmayan kullanıma katkıda bulunur.

- Sağlık Hizmetlerine Sınırlı Erişim: Sağlık hizmetlerine erişimin sınırlı olduğu bölgelerde, hastalar kendi kendine ilaç tedavisine veya gayri resmi ilaç kaynaklarına başvurabilir, bu da akılcı olmayan ilaç kullanımına yol açabilir. Ya da merkezden uzak yerlerde görevlendirilen doktorlar, teşhis olanaklarının bulunmaması nedeniyle kesin teşhise ulaşmada zorluklarla karşılaşabiliyor. Doğru teşhis koymak akılcı ilaç kullanımı açısından önem arz etmektedir. Kesin tanıya ulaşılmaması çoklu ilaç (polifarmasi) kullanımına neden olabilmektedir.

- Kültürel ve Geleneksel İnançlar: Kültürel inançlar ve geleneksel uygulamalar ilaç kullanımını etkileyerek ciddi tıbbi durumlarda da bitkisel ilaçlar gibi akılcı olmayan uygulamalara yol açabilir.

- Farmakovijilans Eksikliği: Yetersiz farmakovijilans sistemleri, advers ilaç reaksiyonlarının gecikmiş tespitine ve raporlanmasına yol açarak, potansiyel olarak sürekli akılcı olmayan kullanıma yol açabilir.

Altta yatan bu nedenleri ele almak, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi, sağlık hizmeti sağlayıcıları için sürekli eğitim sağlanması, kanıta dayalı kılavuzların uygulanması, akılcı reçete uygulamalarının teşvik edilmesi ve hastaların sağlık kararlarına katılımını artırmayı içeren çok boyutlu bir yaklaşım gerektirir. Ek olarak, etkili düzenleyici önlemler, farmakovijilans sistemleri ve halk sağlığı kampanyaları da akılcı olmayan ilaç kullanımının azaltılmasına ve optimal ilaç uygulamalarının teşvik edilmesine katkıda bulunabilir (39-42).

### **2.7.3 Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Sonuçları**

Akılcı olmayan ilaç kullanımı kavramı (irrasyonel ilaç kullanımı veya uygunsuz ilaç kullanımı olarak da bilinir), sağlık uygulamalarında ilaçların uygunsuz, etkisiz veya güvenli olmayan kullanımı anlamına gelir. İlaçlar, kanıta dayalı kılavuzlara, en iyi uygulamalara veya bireysel hastaların özel ihtiyaçlarına uymayan bir şekilde reçete edildiğinde, dağıtıldığında veya tüketildiğinde ortaya çıkar. Akılcı olmayan ilaç kullanımı, aşağıdakiler de dahil olmak üzere çeşitli olumsuz sonuçlara yol açabilir (42-44):

*Etkisizlik:* İlaçlar uygunsuz bir şekilde kullanıldığında, amaçlandıkları tıbbi durumu etkili bir şekilde tedavi edemeyebilirler ve yetersiz tedavi sonuçlarına yol açabilirler.

*Olumsuz İlaç Reaksiyonları:* İlaçların uygunsuz kullanımı, advers ilaç reaksiyonları ve yan etki riskini artırabilir ve potansiyel olarak hastalara zarar verebilir.

*Antibiyotik Direnci:* Aşırı veya uygunsuz antibiyotik kullanımı, antibiyotik direncinin gelişmesine katkıda bulunabilir ve bu da enfeksiyonları tedavi etmeyi daha zor hale getirir.

*Sağlık Kaynaklarının İsrافی:* Akılcı olmayan ilaç kullanımı, etkisiz veya uygun olmayan ilaçların kullanımı nedeniyle gereksiz sağlık maliyetlerine ve kaynak israfına neden olabilir.

*Polifarmasi:* Birden fazla ilacın aşırı ve gereksiz reçetelenmesi, ilaç etkileşimleri ve yan etki riskini artıran çoklu ilaç kullanımına yol açabilir.

*Uyumsuzluk:* Uygun olmayan şekilde reçete edilen ilaçlar, hastaların uyması için daha zor olabilir ve bu da tedavi planlarına uyulmamasına neden olabilir.

## **2.8. HASTA MERKEZLİ YAKLAŞIM**

Hasta merkezli bakım veya hasta merkezli uygulama olarak da bilinen hasta merkezli yaklaşım kavramı, bireysel hastanın ihtiyaçlarına, tercihlerine ve değerlerine öncelik veren bir sağlık hizmeti felsefesidir. Hastayı karar verme sürecinin merkezine yerleştirir ve mümkün olan en iyi sağlık sonuçlarını elde etmek için sağlık hizmeti sağlayıcıları ile hastalar arasındaki işbirliğini vurgular. Hasta merkezli bir yaklaşımda hasta, sağlık yolculuğunda aktif bir ortak olarak görülür ve sesine saygı duyulur ve değer verilir. Bu yaklaşım artık, yaşlanan bir nüfus ve artan kronik rahatsızlıkların yarattığı talepleri karşılayabilen güvenli ve yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunumu için bir gereklilik olarak kabul edilmektedir. Buna ek olarak, tam olarak anlaşılammıştır ve farklı profesyoneller için farklı anlamlara sahip bir dizi terminoloji kullanılarak tanımlanmaktadır (47). Hasta merkezli bakımın tarihsel sürecindeki yorumlanmalarına bakacak olursak;

Hasta merkezli tıbbı Dith Balint (1969) “hastayı benzersiz bir insan olarak anlamak” olarak tanımlamış olup, Byrne ve Long (1976) ise ‘bu, doktorun hastanın bilgi ve deneyimini iletişimi yönlendirmek için kullandığı bir danışmanlık yöntemini temsil eder’ şeklinde yorumlamıştır. Hasta merkezli yaklaşımı McWhinney (1989) de “Hastalara bilgi verme ve onları karar sürecine dahil etmeyi vurgulayarak hekimin, hastanın gözünden görmek için hastanın dünyasına girmeye çalıştığı” bir yaklaşım olarak ifade eder (54-56).

Stewart, Brown, Weston, McWhinney, McWilliam ve Freeman (1995) birbirine bağlı altı bileşeni tanımlayarak hasta merkezli yaklaşım için en kapsamlı açıklamayı sağlamıştır (57):

- (1) hem hastalığı hem de hastalık deneyimini keşfetmek;
- (2) kişiyi bütün olarak anlamak;
- (3) yönetimle ilgili ortak bir zemin bulmak;
- (4) önleme ve sağlığı geliştirmeyi birleştirmek;
- (5) doktor-hasta ilişkisini geliştirmek;
- (6) kişisel sınırlamalar, zaman ve kaynakların mevcudiyeti gibi konularda gerçekçi olmak.

Hasta merkezli yaklaşımın temel ilkeleri özetle; saygı ve hassasiyet, bütüncül bakış açısı, ortak karar verme, bireyselleştirilmiş bakım planları, açık ve etkili iletişim, bakımın koordinasyonu ve sürekliliği, hasta öz-yönetimi için destek, bilgiye erişim, kültürel ve kişisel değerlere saygı ve duygusal destek olarak sıralayabiliriz.

Hasta merkezli yaklaşım, hasta memnuniyetini artırmayı, tedaviye bağlılığı artırmayı, sağlık bakımı eşitsizliklerini azaltmayı ve nihayetinde daha iyi sağlık sonuçları elde etmeyi amaçlar. Her hastanın benzersiz olduğunu ve sağlık kararlarında tercihlerine, değerlerine ve özerkliğine saygı duyan bireyselleştirilmiş bakım gerektirdiğini kabul eder. Güçlü bir hasta-sağlayıcı ortaklığı geliştirerek, hasta merkezli bir yaklaşım daha şefkatli, etkili ve hasta odaklı bir sağlık sistemini teşvik eder (58).

Hastalar için neyin önemli olduğunu ölçmek önemlidir çünkü hasta katılımı veya hastaların bilgilerini, endişelerini, bakış açılarını ve gündemlerini kendi sağlık hizmetlerine getirmede aktif rol almalarını sağlamak, ilaç güvenliği ve akılcı ilaç kullanımı müdahalelerinin etkinliğini artırabilir (49,50). Müdahaleleri değerlendirmeye yönelik hasta merkezli bir yaklaşım, bu nedenle, ilaca bağlı semptomlar ve yükler gibi hasta tarafından bildirilen ölçümleri ve uzun vadeli sorunları ve yaşam kalitesini etkileyenleri ele alan hasta merkezli bir ölçüm yaklaşımını içeren daha geniş bir akılcı ilaç kullanımı perspektifini gerektirir (51,52). Bu müdahalelerin değerlendirilmesi, hem sağlık sistemi odaklı hem de hasta tarafından bildirilen ve hasta merkezli ölçüm kavramlarını içermelidir. Bu tür kavramları kullanmak, hastalar için müdahale değerlendirmelerinin etkisini artırabilir ve hasta faydalarını iyileştirmek için daha etkili müdahaleler tasarlamaya yardımcı olabilir. Bu, özellikle müdahalelerin anlamlı olması ve en etkili olması için hasta ihtiyaçlarına göre kişiselleştirilmesi gereken ilacın akıllı kullanımı ile ilgilidir.

Hasta merkezli yaklaşımın, akılcı ilaç kullanımını çeşitli şekillerde teşvik etmede önemli bir etkisi vardır. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastaları sağlık hizmetleri kararlarına aktif ortaklar olarak dahil ederek ilaç uyumunu, hasta memnuniyetini ve genel tedavi sonuçlarını iyileştirebilir. Hasta merkezli yaklaşımın akılcı ilaç kullanımına etkisini şu şekilde özetleyebiliriz (53,58,59):

*Ortak Karar Verme:* Hasta merkezli bir yaklaşımda, sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastaları ilaç seçimleri de dahil olmak üzere tedavi seçenekleri hakkında ortak karar verme sürecine dahil eder. Kanıta dayalı kılavuzların yanı sıra hastaların tercihleri ve değerleri de dikkate alınarak hastanın hedefleri ve inançları ile uyumlu tedavi planlarına yol açar. Bu ortak karar verme süreci, ilaç uyumunu artırır ve akılcı olmayan ilaç kullanımı olasılığını azaltır.

*Bireyselleştirilmiş Tedavi Planları:* Hasta merkezli bakım, her hastanın benzersiz tıbbi geçmişine, yaşam tarzına ve tercihlerine dayalı bireyselleştirilmiş tedavi planlarını vurgular. Bu yaklaşım, ilaçların hastanın özel ihtiyaçlarına göre seçilmesini sağlayarak fazla veya eksik reçete yazma riskini azaltır.

*Hasta Eğitimi:* Hasta merkezli bakım, hasta eğitimine güçlü bir vurgu yapar. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, reçete edilen ilaçların amacını, faydalarını ve potansiyel

risklerini hastalara açıklamak için zaman ayırır. Bu anlayış, hastaların tedavileri hakkında bilinçli kararlar almalarını sağlar ve daha iyi ilaç uyumunu teşvik eder.

*Endişeleri ve Soruları Ele Alma:* Hasta merkezli bir yaklaşımda, sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastaların ilaçları hakkındaki endişelerini ve sorularını aktif olarak dinler ve ele alır. Bu açık iletişim, güven oluşturur ve hastaları ilaçlarıyla ilgili belirsizlikleri veya potansiyel sorunları paylaşmaya teşvik ederek, akılcı olmayan ilaç kullanım modellerini belirlemeye ve çözmeye yardımcı olur.

*Kültürel ve Kişisel Değerler:* Hasta merkezli bir yaklaşım, sağlık hizmeti kararlarında kültürel ve kişisel değerlerin önemini kabul eder. Sağlık hizmeti sağlayıcıları ilaçları reçete ederken bu faktörleri göz önünde bulundurarak tedavilerin kültürel olarak uygun ve hastalar için kabul edilebilir olmasını sağlayarak ilaç uyumunu artırır.

*Kendi Kendini Yönetmeyi Güçlendirmek:* Hasta merkezli bakım, hastaları ilaç yönetimi de dahil olmak üzere sağlıklarının yönetimine aktif olarak katılmaya teşvik eder. Hastalar uygun ilaç kullanımı, potansiyel yan etkiler ve kendi kendini izleme konusunda eğitilerek tedavileri için daha fazla sorumluluk almalarını ve ilaçları konusunda rasyonel seçimler yapmalarını sağlar.

*Geliştirilmiş Hasta Bağlılığı:* Hastalar karar verme sürecinde kendilerine değer verildiğini ve saygı duyulduğunu hissettiklerinde, reçete edilen ilaçları almak da dahil olmak üzere tedavi planlarını takip etme olasılıkları daha yüksektir. Geliştirilmiş uyum, tedavi başarısızlığı riskini azaltır ve akılcı ilaç kullanımını destekler.

*Bütüncül Perspektif:* Hasta merkezli yaklaşım, hastaların duygusal, sosyal ve psikolojik iyi oluşları da dahil olmak üzere bütünsel ihtiyaçlarını dikkate alır. Sağlığın bu yönlerini ele almak, ilaç uyumunu ve genel tedavi başarısını etkileyebilir.

Genel olarak, hasta merkezli yaklaşım, güçlü bir hasta-sağlayıcı ilişkisini teşvik ederek daha iyi iletişime, artan güvene ve iyileştirilmiş tedavi sonuçlarına yol açar. Hastaları sağlık kararlarına dahil ederek ve tedavileri benzersiz ihtiyaçlarına göre uyarlayarak, akılcı ilaç kullanımı teşvik edilerek daha güvenli, daha etkili ve hasta odaklı sağlık hizmeti sunumuna yol açar (49).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.7. ARAŞTIRMANIN TÜRÜ

Çalışma, tanımlayıcı, kesitsel tipte epidemiyolojik bir araştırmadır.

#### 3.8. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER

Çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapılmıştır

#### 3.9. ARAŞTIRMANIN ZAMAN ÇİZELGESİ

	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tez Süreci	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Araştırma konusunun belirlenmesi	+									
Literatür tarama	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Tez Önerisi			+							
Etik Kurul onayı ve Gerekli İzinler					+					
Anketlerin uygulanması						+				



### **3.11. ARAŞTIRMA VERİ TOPLAMA ARAÇLARI VE VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ**

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak bir anket formu hazırlanıp katılımı kabul eden kişilere Google Formlar platformu üzerinden uygulanmıştır.

Anket formu aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır.

- 1- Sosyodemografik bilgiler (4 soru)
- 2- Mesleki bilgiler (4 soru)
- 3- Hasta – Hekim Yönelim Ölçeği (HHYÖ)
- 4- Akılcı ilaç kullanımı hekim boyutuna yönelik anket formu

#### **3.11.1. Hasta-Hekim Yönelim Ölçeği**

Orijinal ismi The Patient–Practitioner Orientation Scale (PPOS-14) olan HHYÖ'nün, Serdar Özdemir ve Tamer Edirne (60) tarafından 2018 yılında Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (Cronbach Alfa değeri 0.80). Ölçek 6'lı likert tarzında cevaplanan 14 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin Paylaşım (Cronbach Alfa değeri: 0,732) ve Bakım (Cronbach Alfa değeri: 0,653) olmak üzere iki alt boyutu mevcuttur. PPOS-TR14 puanları ortalama puanlar olarak kabul edilir ve hastaların ve sağlık çalışanlarının yönelimleri bir veya iki madde çıkarılsa bile değerlendirmeye uygundur.

Toplam puan hasta merkezli ile hekim veya hastalık merkezli olmak arasında yer alır. Puan ne kadar yüksek olursa, yönelim o kadar hasta merkezlidir. Ölçeğin Paylaşım ve Bakım alt ölçek puanları da ayrı olarak hesaplanabilir. Paylaşım puanları katılımcının hasta ve hekim güç ve kontrolü eşit olarak paylaşmalı ve hekimler bilgilerini hastaları ile mümkün olduğu kadar çok paylaşmalı düşüncesine ne kadar katıldığını gösterir. Bakım puanı ise katılımcının muayenede duyguların ele alınması ve kişiler arası ilişkinin önemli olduğuna ve hekimlerin hastalarına bir hastalık tablosu olarak değil de, bir birey olarak bakmaları gerektiğine ne kadar katıldığını yansıtır.

Ölçeğin son halindeki sıralamaya göre alt boyutları oluşturan maddeler şöyledir; Paylaşım alt ölçeği 8 maddeden oluşmaktadır ve bu maddeler 1, 3, 6, 7, 8, 10, 12 ve

14'tür. Bakım alt ölçeği 6 maddeden oluşmaktadır ve bu maddeler, 2, 4, 5, 9, 11 ve 13'tür. Ölçek altılı likert tarzında soldan sağa kesinlikle katılmıyorum ile kesinlikle katılıyorum olarak hazırlanmalıdır. Kesinlikle katılmıyorum (en solda) altı (6) puan, kesinlikle katılıyorum (en sağda) bir (1) puan ile puanlanır. İki madde ters puanlanmalıdır: 7 ve 11.maddeler. Ölçekten alınacak yüksek puan hasta merkezli yönelimi yansıtır. Ölçekten toplamda en az 14, en fazla 84 puan alınabilir.

### **3.11.2. Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Anket Formu**

Araştırmacılar tarafından literatür taranarak; Sağlık Bakanlığı'nın genel kullanıma açık AİK'e yönelik anketi olan "Türkiye'de hastanelerde görev yapan hekimlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarını değerlendirme çalışması" isimli anket formundan yararlanılarak ve alanında uzman kişilerden de görüş alınarak hekimlerin hasta bakımını, ilaç reçete ederken tutum ve davranışlarını, hastalarına ayırdığı vakti, muayene etmedeki tutumunu, akılcı ilaç kullanımını ve akılcı ilaç kullanımı eğitimi konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla 24 sorudan oluşan bir anket formu hazırlanmıştır (61).

## **3.12. VERİLERİN ANALİZİ VE KULLANILAN İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER**

Toplanan anket verileri SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 26.0 programına girildikten sonra analizler yapılmıştır. Öncelikle veri kalitesi denetlenmiş olup değişkenler tanımlamalara uygun şekilde gruplandırılmıştır.

Sayısal değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Kolmogrov-Smirnov testinde  $p>0,05$  olması, Histogram grafiğinin çan eğrisine uygun olması ve basıklık çarpıklık katsayısının +1,5 ile -1,5 arasında olma durumuna göre değerlendirilmiştir.

Tanımlayıcı analizlerde kategorik yapıdaki veriler için sayı ve yüzde; normallik varsayımına uyan sürekli veriler için ortalama ve standart sapma; normallik varsayımına uymayan sürekli veriler için ortanca ve minimum ve maksimum (min-max) verilmiştir.

Kategorik yapıdaki değişkenler için gruplar arasındaki farklılıklar Ki-kare testi ile değerlendirildi. Parametrik koşulları sağlamayan, yani normal dağılıma uymadığı belirlenen iki gruplu bağımsız değişkenlerin analizinde ise Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.

Tüm çözümleyici analizlerde  $p < 0,05$  anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

### 3.13. ETİK BOYUT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tıp Fakültesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 05/04/2023 tarihinde 2023/03-02 sayılı kararla araştırma için gerekli etik kurul izni alınmıştır (EK 2). Çalışma Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun olarak ve katılımcılardan yazılı onam alınarak gerçekleştirilmiştir.

## 4. BULGULAR

### 4.7.TANIMLAYICI BULGULAR

S.B.Ü. İzmir Tıp Fakültesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışan araştırma grubunda yapılan bu araştırmaya 166 kişi dahil edildi. Katılımcıların çoğunluğu %65,7 ile 26-30 yaş aralığında idi. Çalışmaya katılan bireylerin %60,8'i kadın olup, %52,4'ü bekar hekimlerden oluşmaktadır. Hekimlerin %63,3'ünün mezuniyet sonrası 5 yıl ve daha az zaman geçmiştir (Tablo 4.1).

**Tablo 4.1.** Araştırma Grubunun Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler	Sayı	%	
Yaş	20-25	9	5,4
	26-30	109	65,7
	31-35	42	25,3
	36 ve üzeri	6	3,6
	Toplam	166	100
Medeni Durum	Evli	79	47,6
	Bekâr	87	52,4
	Toplam	166	100
Cinsiyet	Kadın	101	60,8
	Erkek	65	39,2

	Toplam	166	100
<b>Mezuniyet Sonrası Geçen Süre</b>	5 yıl ve altı	105	63,3
	6 yıl ve üstü	61	36,7
	Toplam	166	100

Çalışmaya katılan hekimlerin %25,9' u Pediatri, %33,7' si Kadın Hastalıkları ve Doğum, %8,4' ü Genel Cerrahi ve %31,9'u da Aile Hekimliği bölümünde asistan hekimlik yapmaktadır. Çalışma grubunun %77,1 ile çoğunluğun asistanlıkta çalışma süresinin 1-4 yıl arası olup %87,3' ünün de daha önceden başka sağlık kuruluşunda çalışmış olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların aktif doktorluk yaptığı süre çoğunlukla (%50,6) 4-6 yıl arasında idi (Tablo 4.2).

**Tablo 4.2.** Araştırma Grubunun Mesleki Özellikleri

Mesleki Özellikler	Sayı	%	
<b>Branş</b>	Pediatri	43	25,9
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	56	33,7
	Genel Cerrahi	14	8,4
	Aile Hekimliği	53	31,9
	Toplam	166	100
<b>Asistanlıkta Çalışma Yılı</b>	İlk 1 yıl	28	16,9
	1-4 yıl	128	77,1
	5 yıl ve üzeri	10	6,0
	Toplam	166	100
<b>Önceden Başka Sağlık Kuruluşunda Çalışma</b>	Evet	145	87,3
	Hayır	21	12,7
	Toplam	166	100
<b>Aktif Doktorluk Yapılan Süre</b>	3 yıl ve altı	58	34,9
	4-6 yıl	84	50,6
	7 yıl ve üstü	24	14,5
	Toplam	166	100

Çalışma grubundaki hekimlerin %36,1'inin günlük muayene ettiği ortalama hasta sayısı 31-59 hasta arasında olup %12,0'ı 90 hasta ve üzerindedir. Hekimlerin

çoğunluğu her zaman/ genellikle hastaya adı ile hitap ettiğini belirtmiş olup %48,2'si tedavi düzenlemeye ayırabildiği süreyi 5 dk ve aşağısı olarak ifade etmiştir. Katılımcıların %44 ile çoğunluğu, günlük reçete yazma oranının %51-75 olduğunu ve %79,5'u da sık gördükleri hastalıklar için kişisel tedavi oluşturduğunu belirtmiştir. Hekimlerin %78,9'u her zaman/genellikle hastalarına reçeteledikleri ilaç hakkında bilgi verdiklerini, %44'ü bazen reçeteledikleri ilaçları hastaya teyit ettirdiklerini ve %74,1'i hiçbir zaman/nadiren muayene etmeden şikayete göre ilaç yazdığını ifade etmiştir. Hekimlerin bir hastaya ayırdığı süre ortalama  $8,15 \pm 3,51$  (2-20)dk'dır.

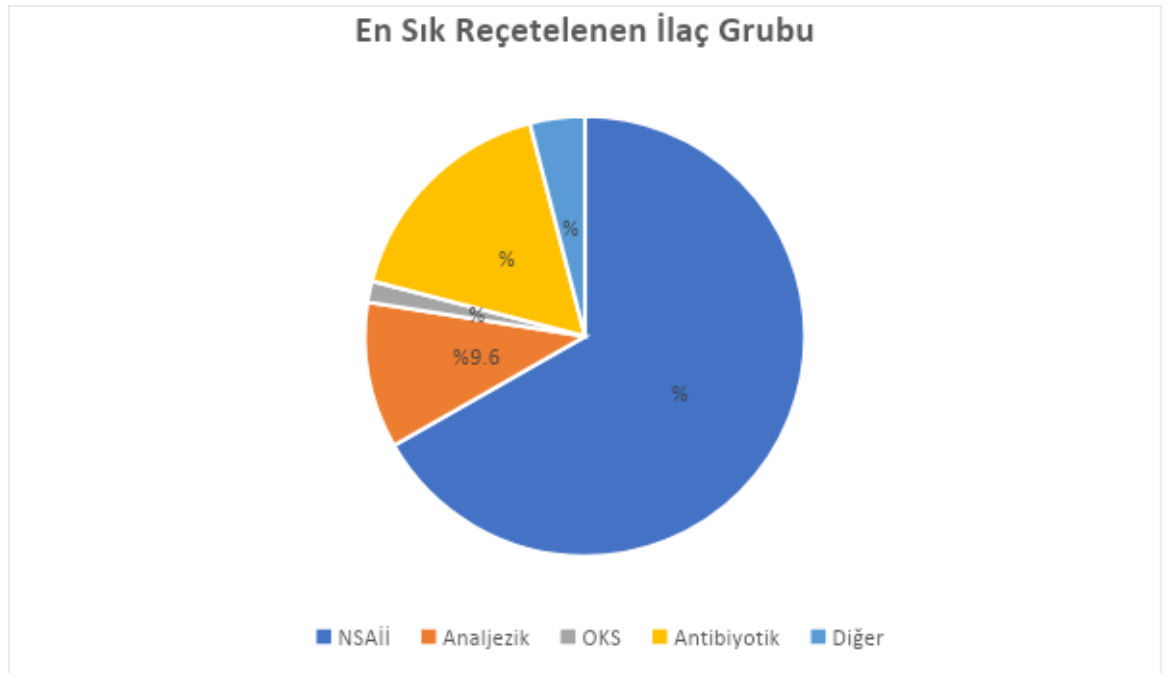
**Tabo 4.3.** Hekimlerin Muayene ve Reçetelemeleri İle İlgili Özellikleri

Hekimlerin Muayene ve Reçetelemeleri ile İlgili Özellikler	Sayı	%	
<b>Günlük Muayene Edilen Ort. Hasta Sayısı</b>	30 ve altı	49	29,5
	31-59	60	36,1
	60-89	37	22,3
	90 ve üzeri	20	12,0
	Toplam	166	100
<b>Hastaya Adı ile Hitap</b>	Her zaman-Genellikle	98	59,0
	Bazen	49	29,5
	Hiçbir zaman-Nadiren	19	11,4
	Toplam	166	100
<b>Tedavi Düzenlemede Hastaya Ayrılabilen Süre</b>	5 dk ve altı	80	48,2
	6-10 dk	65	39,2
	10 dk'nın üzerinde	21	12,6
	Toplam	166	100
<b>Günlük Reçete Yazma Oranı</b>	%25 ve altı	11	6,6
	%26-50	54	32,5
	%51-75	73	44,0
	%76-100	28	16,9
	Toplam	166	100
<b>Sık Görülen Hastalıklar İçin Kişisel Tedavi Oluşturma</b>	Evet	132	79,5
	Hayır	34	20,5
	Toplam	166	100
<b>Hastaya Reçetelenen İlaç Hakkında Bilgi Verme</b>	Her zaman-Genellikle	131	78,9
	Bazen	26	15,7
	Hiçbir zaman-Nadiren	9	5,4

	Toplam	166	100
<b>Reçeteyi Hastaya Teyit Ettirme</b>	Her zaman-genellikle	46	27,7
	Bazen	77	46,4
	Hiçbir zaman-nadiren	43	25,9
	Toplam	166	100
<b>Hasta Talebi İle İlaç Yazma</b>	Her zaman-Genellikle	48	28,9
	Bazen	58	34,9
	Hiçbir zaman-Nadiren	60	36,1
	Toplam	166	100
<b>Muayenesiz Şikayete Göre İlaç Yazma</b>	Her zaman-Genellikle	8	4,8
	Bazen	35	21,1
	Hiçbir zaman-Nadiren	123	74,1
	Toplam	166	100
<b>Reçetede Ortalama İlaç Sayısı</b>	Bir	6	3,6
	İki	82	49,4
	Üç	69	41,6
	Dört ve üstü	9	5,4
	Toplam	166	100

Hekimlerin en sık reçetelediği ilaç grubunun en sık NSAİ ilaçlar (%59,6) olduğunu, hemen ardından da bunu antibiyotiklerin (%15,1) ve analjeziklerin (%9,6) takip ettikleri saptanmıştır. (Grafik 4.1).

**Grafik 4.1.** Hekimlerin En Sık Reçetelediği İlaç Grubu (n=166)



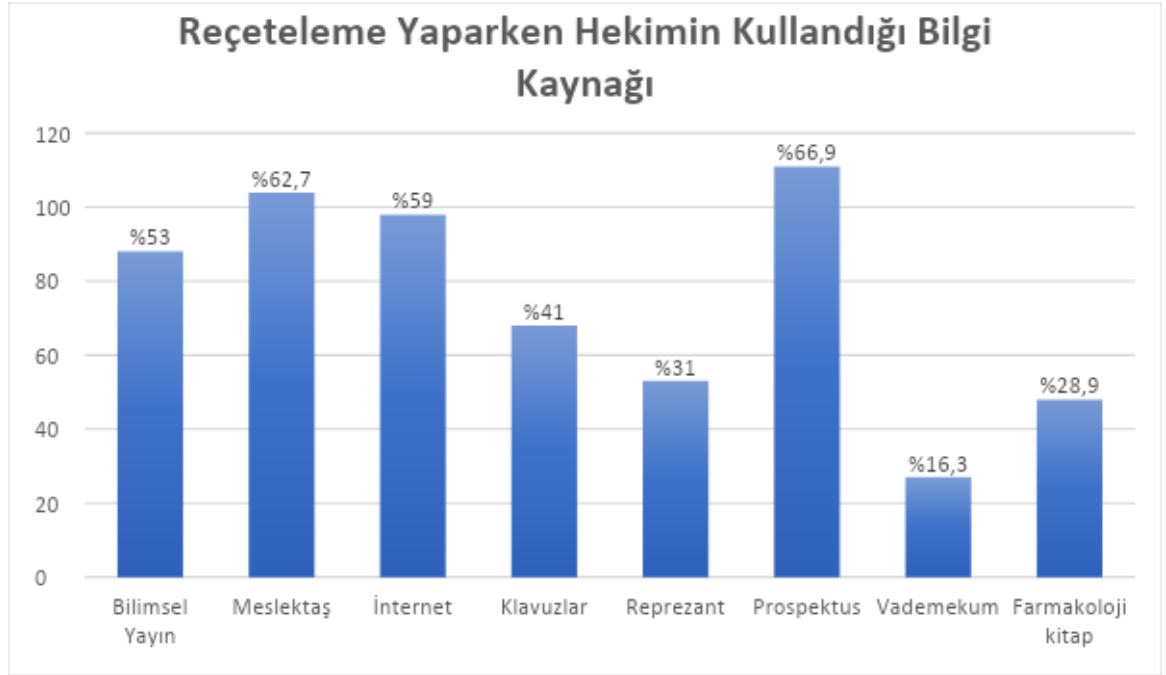
Araştırma grubundaki hekimlerin %91 ile büyük bir çoğunluğu reçeteleme yaparken herhangi bir bilgi kaynağından yararlandığını belirtmiştir (Tablo 4.4).

**Tablo 4.4.** Hekimin Reçeteleme Yaparken Bilgi Kaynağından Yararlanma Durumu

Hekimin Reçeteleme Yaparken Bilgi Kaynağından Yararlanması		Sayı	%
Bilgi Kaynaklarından Yararlanma	Evet	151	91,0
	Hayır	15	9,0
	Toplam	166	100

Çalışma grubundaki hekimler reçeteleme yaparken kullandığı bilgi kaynağı olarak en çok ilaç prospektüsü (%66,9), hemen ardından da meslektaş (%62,7) ve internetten (%59) yararlandığını ifade etmişlerdir. Grafikte de belirtildiği üzere en az Vademekum' dan yararlanıldığı görülmektedir (Grafik 4.2).

**Grafik 4.2.** Reçeteleme yaparken Hekimin Kullandığı Bilgi Kaynağı



Hekimlerin %61,4 ile çoğunluğu akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyini orta olarak ifade etmişlerdir fakat akılcı ilaç kullanımı kavramının neleri içerdiğine ait soruda ise %66,3' ünün tam bildiği saptanmıştır. Katılımcıların %56,6' sı akılcı ilaç kullanımı hakkında herhangi bir eğitim almamış olup %86,1' si bu konuda eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir (Tablo 4.5).

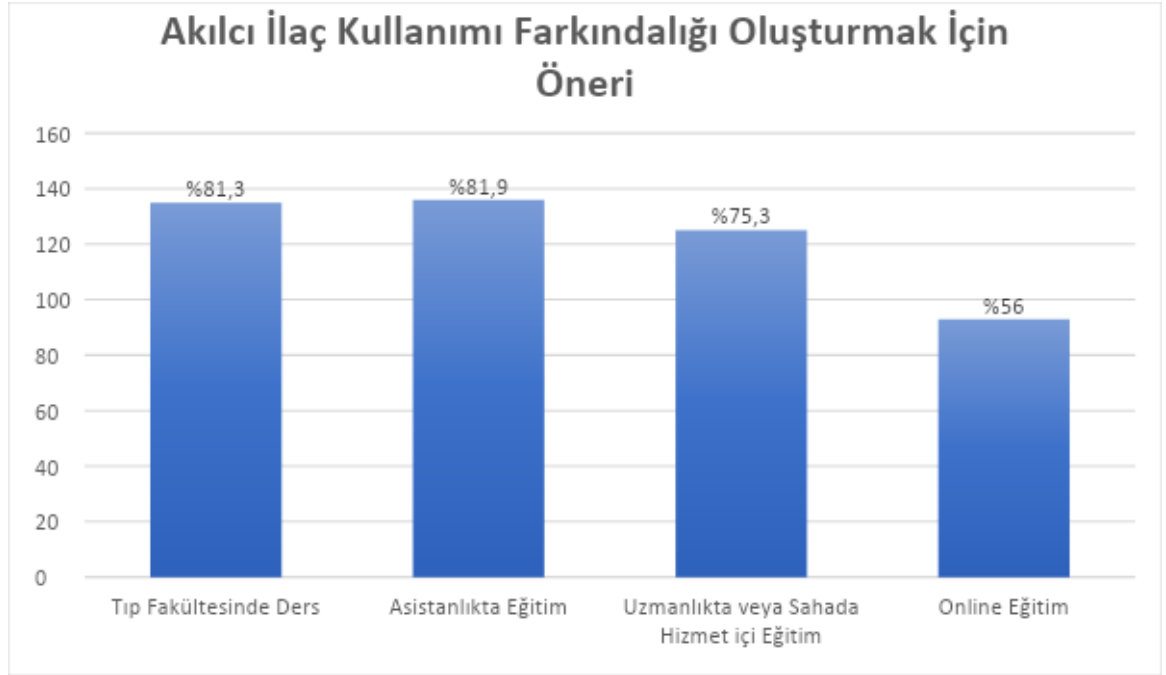
**Tablo 4.5.** Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Özellikler

AİK İle İlgili Özellikler		Sayı	%
Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Bilgi Düzeyi Algısı	Yetersiz	39	23,5
	Orta	102	61,4
Toplam	Yeterli	25	15,1
	Toplam	166	100
Akılcı İlaç Kullanımı Kavramını Bilme	Tam biliyor	110	66,3
	Eksik biliyor	56	33,7
	Toplam	166	100

<b>Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Eğitim Alma</b>	Evet	72	43,4
	Hayır	94	56,6
	Toplam	166	100
<b>Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Eğitim Almayı İsteme</b>	Evet	143	86,1
	Hayır	23	13,9
	Toplam	166	100
<b>Sağlık Bakanlığının Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Çalışmaları Bilme</b>	Evet	45	27,1
	Hayır	121	72,9
	Toplam	166	100

Araştırma grubundaki hekimlere akılcı ilaç kullanımı farkındalığını oluşturmak için neler yapılabileceğini sorduğumuzda; hekimler en çok asistanlıkta tekrarlayan eğitimler ile sağlanabileceğini önermiş olup bunu hemen ardından tıp fakültelerinde zorunlu ders olarak eğitim verme önerisi takip etmiştir (Grafik 4.3).

**Grafik 4.3.** Hekimlerin AİK Farkındalığı Oluşturmak İçin Önerileri



Araştırma grubundaki katılımcıların Hasta-Hekim Yönelimi Ölçeğinden almış olduğu toplam puan medyanı 48 (24-71)' dir (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6.** Hasta- Hekim Yönelim Ölçeği (HHYÖ) Puanları

HHYÖ	Median	Minimum	Maksimum
HHYÖ toplam puan	48	24	71
HHYÖ Paylaşım Alt boyutu	19	9	38
HHYÖ Bakım Alt boyutu	28	11	36

Çalışma kapsamındaki katılımcıların Hasta Hekim Yönelim Ölçeği'nde vermiş olduğu yanıtların dağılımı tablo 4.7' de sunulmaktadır (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7. HHYÖ Hekimlerin Yanıtları**

Hekimlerin HHYÖ Yanıtları	Sayı	%	
<b>Muayene sırasında ne konuşulacağına hekim karar vermelidir</b>	Kesinlikle katılıyorum	50	30,1
	Katılıyorum	80	48,2
	Az da olsa katılıyorum	23	13,9
	Az da olsa katılmıyorum	5	3,0
	Katılmıyorum	7	4,2
	Kesinlikle katılmıyorum	1	0,6
<b>Günümüzde sağlık hizmetlerinin birey merkezli olmaktan uzaklaşması, tıp alanındaki ilerlemeler için ödenmesi gereken küçük bir bedeldir</b>	Kesinlikle katılıyorum	19	11,4
	Katılıyorum	40	24,1
	Az da olsa katılıyorum	49	29,5
	Az da olsa katılmıyorum	14	8,4
	Katılmıyorum	36	21,7
<b>Hastalar hekimlerine güvenmeli ve kendi başlarına sağlık durumları hakkında bilgi edinmeye çalışmamalıdır</b>	Kesinlikle katılıyorum	53	31,9
	Katılıyorum	75	45,2
	Az da olsa katılıyorum	17	10,2
	Az da olsa katılmıyorum	5	3,0
	Katılmıyorum	12	7,2
<b>Hekimler hastalarına özgeçmişleri hakkında çok soru sorduklarında, onların özel hayatına gereğinden fazla karışmış olurlar</b>	Kesinlikle katılıyorum	11	6,6
	Katılıyorum	19	11,4
	Az da olsa katılıyorum	3	1,8
	Az da olsa katılmıyorum	15	9,0
	Katılmıyorum	38	22,9
<b>Eğer hekim tanı ve tedavide gerçekten iyi ise, hasta ile nasıl bir ilişki kurduğunun bir önemi kalmaz.</b>	Kesinlikle katılıyorum	15	9,0
	Katılıyorum	22	13,3
	Az da olsa katılıyorum	13	7,8
	Az da olsa katılmıyorum	12	7,2
	Katılmıyorum	47	28,3
<b>Pek çok hasta yeni bir şey öğrenmiyor olsa bile soru sormaya devam eder</b>	Kesinlikle katılıyorum	46	27,7
	Katılıyorum	70	42,2
	Az da olsa katılıyorum	30	18,1
	Az da olsa katılmıyorum	12	7,2
	Katılmıyorum	7	4,2
<b>Hekimler hastalara kendileri ile eşit güç ve konumda olan biri gibi davranmalıdırlar</b>	Kesinlikle katılıyorum	14	8,4
	Katılıyorum	36	21,7
	Az da olsa katılıyorum	24	14,5
	Az da olsa katılmıyorum	21	12,7
	Katılmıyorum	30	18,1
<b>Hastalar genellikle sağlıkları hakkında bilgi verilmesi yerine, iyi olduklarına dair güvence verilmesini isterler</b>	Kesinlikle katılıyorum	32	19,3
	Katılıyorum	73	44,0
	Az da olsa katılıyorum	29	17,5

	Az da olsa katılmıyorum	14	8,4
	Katılmıyorum	15	9,0
	Kesinlikle katılmıyorum	3	1,8
<b>Hastalarına karşı açık sözlü ve samimi davranan hekimler genelde başarılı olamazlar</b>	Kesinlikle katılıyorum	14	8,4
	Katılıyorum	16	9,6
	Az da olsa katılıyorum	16	9,6
	Az da olsa katılmıyorum	15	9,0
	Katılmıyorum	45	27,1
	Kesinlikle katılmıyorum	60	36,1
<b>Hastanın hekimi ile hemfikir olmaması, ona güven ve saygı duymadığının bir göstergesidir</b>	Kesinlikle katılıyorum	18	10,8
	Katılıyorum	35	21,1
	Az da olsa katılıyorum	18	10,8
	Az da olsa katılmıyorum	21	12,7
	Katılmıyorum	39	23,5
	Kesinlikle katılmıyorum	35	21,1
<b>Hastanın yaşam tarzı ve değerleri ile uyumayan tedavi planı başarılı olamaz</b>	Kesinlikle katılıyorum	49	29,5
	Katılıyorum	83	50,0
	Az da olsa katılıyorum	19	11,4
	Az da olsa katılmıyorum	5	3,0
	Katılmıyorum	6	3,6
	Kesinlikle katılmıyorum	4	2,4
<b>Hasta yetkinin her zaman hekimin elinde olduğunun farkında olmalıdır</b>	Kesinlikle katılıyorum	34	20,5
	Katılıyorum	84	50,6
	Az da olsa katılıyorum	29	17,5
	Az da olsa katılmıyorum	9	5,4
	Katılmıyorum	5	3,0
	Kesinlikle katılmıyorum	5	3,0
<b>Hastayı tedavi etmek için onun kültürel altyapısını ve geçmişini bilmek o kadar da önemli değildir</b>	Kesinlikle katılıyorum	13	7,8
	Katılıyorum	16	9,6
	Az da olsa katılıyorum	10	6,0
	Az da olsa katılmıyorum	32	19,3
	Katılmıyorum	31	18,7
	Kesinlikle katılmıyorum	64	38,6
<b>Hastaların kendi başlarına tıbbi bilgiler edinmeleri, genellikle yardımcı olmaktan çok onların kafalarını karıştırır</b>	Kesinlikle katılıyorum	58	34,9
	Katılıyorum	70	42,2
	Az da olsa katılıyorum	18	10,8
	Az da olsa katılmıyorum	11	6,6
	Katılmıyorum	5	3,0
	Kesinlikle katılmıyorum	4	2,4
<b>Toplam</b>		166	100

## 4.2. ÇÖZÜMLEYİCİ BULGULAR

Çalışma grubundaki hekimlerin cinsiyetine, medeni durumuna, yaşına, başka sağlık kuruluşunda çalışma hikayesine, günlük bakılan hasta sayısına, tedavi düzenlemede hastaya ayrılabilen süreye, hastalara günlük reçete yazma oranına, hastaya reçetelenen ilaç hakkında bilgi vermeye, hastayı muayene etmeden ilaç vermeye, en sık reçetelenen ilaç grubuna, reçeteyi hastaya teyit ettirmeye, reçeteleme yaparken herhangi bir bilgi kaynağından yararlanmaya göre çalışılan branş çeşidi incelenmiştir.

Cinsiyete, medeni duruma, yaşa, tedavi düzenlemede hastaya ayrılabilen süreye, hastalara günlük reçete yazma oranına, hastayı muayene etmeden ilaç vermeye, reçeteyi hastaya teyit ettirmeye, reçeteleme yaparken herhangi bir bilgi kaynağından yararlanmaya göre çalışılan branş çeşidi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.8).

Hekimlerden daha çok branşı aile hekimliği olanların, önceden başka bir sağlık kuruluşunda çalışma geçmişinin olduğu ( $x^2=12,53$  ;  $p=0,01$ ); Kadın Doğum Hastalıkları olanların, daha çok günlük 90 ve üzerinde hasta baktığı ( $x^2=72,65$  ;  $p=0,001$ ); aile hekimliği olanların, hastaya reçetelenen ilaç hakkında her zaman/genellikle bilgi verdiği ( $x^2=7,70$  ;  $p=0,01$ ); aile hekimi olanların en sık reçetelediği ilacın analjezik olduğu ( $x^2=73,15$  ;  $p=0,01$ ) saptanmıştır (Tablo 4.8).

**Tablo 4.8.** Hekimlerin Branşları ile Sosyodemografik ve Mesleki bazı bilgilerin karşılaştırılması

Sosyodemografik ve Mesleki Özellikler (n=166)		Branş				Test Değeri $\chi^2$	P
		Pediyatri (n=43) n (%)	KDH (n=56) n (%)	Genel Cerrahi (n=14) n (%)	Aile Hekim (n=53) n (%)		
Cinsiyet	Erkek	16 (24.6)	24 (36.9)	9 (13.9)	16 (24.6)	5,89	0,11
	Kadın	27 (26.7)	32 (31.7)	5 (5.0)	37 (36.6)		
Medeni Durum	Bekar	23 (26.4)	32 (36.8)	6 (6.9)	26 (29.6)	1,27	0,73
	Evli	20 (25.3)	24 (30.4)	8 (10.1)	27 (34.2)		
Yaş	20-25	1 (11.1)	4 (44.4)	1 (11.1)	3 (33.3)	11,96	0,21
	26-30	27 (24.8)	39 (35.8)	6 (5.5)	37 (33.9)		
	31-35	14 (33.3)	9 (21.4)	7 (16.7)	12 (28.6)		
	36 ve üzeri	1 (16.7)	4 (66.7)	0 (0.0)	1 (16.7)		
Başka Sağlık Kuruluşunda Çalışma Hikayesi	Evet	39 (26.9)	42 (29.0)	14 (9.7)	50 (34.5)	12,53	0,01
	Hayır	4 (19.0)	14 (66.7)	0 (0.0)	3 (14.3)		
Günlük Bakılan Hasta Sayısı	30 ve altı	4 (8.2)	10 (20.4)	3 (6.1)	32 (65.3)	72,65	0,001
	31-59	24 (40.0)	12 (20.0)	4 (6.7)	20 (33.3)		
	60-89	6 (16.2)	23 (62.2)	7 (18.9)	1 (2.7)		
	90 ve üzeri	9 (45.0)	11 (55.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		
Tedavi Düzenlemede Hastaya Ayrılabilen Süre	5 dk ve altı	26 (32.5)	20 (25.0)	5 (6.3)	29 (36.3)	10,82	0,09
	6-10 dk	14 (21.5)	24 (36.9)	7 (10.8)	20 (30.8)		
	10 dk'nın üzerinde	3 (14.3)	12 (57.1)	2 (9.5)	4 (19.0)		
Hastalara Günlük Reçete Yazma Oranı	%25 ve altı	4 (36.4)	4 (36.4)	1 (27.3)	2 (18.2)	9,64	0,38
	%26-50	12 (22.2)	22 (40.7)	7 (13.0)	13 (24.1)		
	%51-75	21 (28.8)	23 (31.5)	5 (6.8)	24 (32.9)		
	%76-100	6 (21.4)	7 (25.0)	1 (3.6)	14 (50.0)		
Hastaya Reçetelenen İlaç Hakkında Bilgi Verme	Her zaman-genellikle	28 (21.4)	45 (34.4)	10 (7.6)	48 (36.6)	7,70	0,01
	Bazen	10 (38.5)	9 (34.6)	3 (11.5)	4 (15.4)		
	Hiçbir zaman-nadiren	5 (55.6)	2 (22.2)	1 (11.1)	1 (11.1)		
Hastayı Muayene Etmeden İlaç Verme	Her zaman-genellikle	5 (62.5)	1 (12.5)	0 (0.0)	2 (25.0)	0,03	0,84
	Bazen	8 (22.9)	9 (25.7)	4 (11.4)	14 (40.0)		
	Hiçbir zaman-nadiren	30 (24.4)	46 (37.4)	10 (8.1)	37 (30.1)		
En sık Reçetelenen İlaç Grubu	NSAİ	35 (35.4)	24 (24.2)	10 (10.1)	30 (30.3)	73,15	0,01
	Analjezik	2 (12.5)	0 (0.0)	1 (6.3)	13 (81.3)		
	OKS	0 (0.0)	20 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		
	Antibiyotik	6 (24.0)	11 (44.0)	1 (4.0)	7 (28.0)		
	Diğer (ppi...)	0 (0.0)	1 (16.7)	2 (33.3)	3 (50.0)		
Reçeteyi Hastaya Teyit Ettirme	Her zaman-genellikle	9 (20.9)	15 (34.9)	5 (11.6)	14 (32.6)	10,04	0,12
	Bazen	15 (19.5)	26 (33.8)	6 (7.8)	30 (39.0)		
	Hiçbir zaman-nadiren	19 (41.3)	15 (32.6)	3 (6.5)	9 (19.6)		
Reçeteleme Yaparken Bilgi Kaynağından Yararlanma	Evet	39 (25.8)	53 (35.1)	12 (7.9)	47 (31.1)	1,73	0,63
	Hayır	4 (26.7)	3 (20.0)	2 (13.3)	6 (40.0)		

*\*Ki-kare testi uygulanmıştır.*

Hekimlerin AİK ile ilgili eğitim alma isteğine, AİK kavramını bilmesine, AİK ile ilgili eğitim almasına ve sağlık bakanlığının AİK ile ilgili çalışmalarından haberdar olmaya göre hekimlerin çalıştığı branş incelenmiştir.

AİK ile ilgili eğitim alma isteğine, AİK kavramını bilmesine göre çalışılan branş çeşidi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.9).

Hekimlerden daha çok branşı aile hekimi olanların AİK ile ilgili eğitim almış olduğu ( $x^2=16,08$  ;  $p=0,001$ ); branşı pediatri olanların sağlık bakanlığının AİK ile ilgili çalışmalarından haberdar olduğu ( $x^2=14,05$  ;  $p=0,01$ ) bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9.** Hekimlerin Branşları ile AİK ile ilgili bazı bilgilerin karşılaştırılması

AİK ile ilgili Özellikler (n=166)		Branş				Test Değeri $x^2$	P
		Pediyatri (n=43) n (%)	KDH (n=56) n (%)	Genel Cerrahi (n=14) n (%)	Aile Hekim (n=53) n (%)		
AİK ile ilgili	Evet	40 (28.0)	45 (31.5)	13 (9.1)	45 (31.5)	3,87	0,27
Eğitim Almayı İsteme	Hayır	3 (13.0)	11 (47.8)	1 (4.3)	8 (34.8)		
AİK Kavramını Bilme	Tam biliyor	27 (24.5)	37 (33.6)	10 (9.1)	36 (32.7)	0,46	0,93
	Eksik biliyor	16 (28.6)	19 (33.9)	4 (7.1)	17 (30.4)		
AİK ile ilgili	Evet	24 (33.3)	13 (18.1)	5 (6.9)	30 (41.7)	16,08	0,001
Eğitim Alma	Hayır	19 (20.2)	43 (45.7)	9 (9.6)	23 (24.5)		
Sağlık Bakanlığının AİK Çalışmalarından Haberdar Olma	Evet	20 (44.4)	8 (17.8)	2 (4.4)	15 (33.3)	14,05	0,01
	Hayır	23 (19.0)	48 (39.7)	12 (9.9)	38 (31.4)		

*\*Ki-kare testi uygulanmıştır.*

Çalışma grubundaki bireylerin yaşına, cinsiyetine, medeni durumuna, mezuniyet sonrası geçen süreye, asistanlıktaki çalışma süresine, geçmişte başka sağlık kuruluşunda çalışmasına, aktif doktorluk yapılan süreye ve asistanlıktaki çalıştığı branşa göre AİK bilgi düzeyi algısı incelenmiştir.

Hekimlerin yaşına, cinsiyetine, medeni durumuna, mezuniyet sonrası geçen süreye, asistanlıktaki çalışma süresine, geçmişte başka sağlık kuruluşunda

çalışmasına ve asistanlıktaki çalıştığı branşa göre AİK bilgi düzeyi algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.10).

Aktif doktorluk yapılan süre 7 yıl ve üzeri olan hekimler AİK ile ilgili bilgi düzeyini daha çok yeterli olarak ifade etmiş olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.10).

**Tablo 4.10.** Hekimlerin sosyodemografik ve mesleki bazı bilgilerin AİK bilgi düzeyi algısı ile karşılaştırılması

Sosyodemografik ve Mesleki Özellikler (n=166)		AİK Bilgi Düzeyi Algısı				P
		Yetersiz (n=39) n (%)	Orta (n=102) n (%)	Yeterli (n=25) n (%)	Test Değeri t/x <sup>2</sup>	
Yaş	20-25	4 (44.4)	4 (44.4)	1 (11.1)	8,74	0,18
	26-30	25 (22.9)	72 (66.1)	12 (11.0)		
	31-35	8 (19)	24 (57.1)	10 (23.8)		
	36 ve üzeri	2 (33.9)	2 (33.9)	2 (33.9)		
Cinsiyet	Kadın	23 (22.8)	62 (61.4)	16 (15.8)	0,16	0,92
	Erkek	16 (24.6)	40 (61.5)	9 (13.8)		
Medeni Durum	Bekar	22 (25.3)	53 (60.9)	12 (13.8)	0,45	0,79
	Evli	17 (21.5)	49 (62.0)	13 (16.5)		
Mezuniyet Sonrası Geçen Süre	0-5 yıl	24 (22.9)	68 (64.8)	13 (12.4)	1,92	0,38
	6 yıl ve üstü	15 (24.6)	34 (55.7)	12 (19.7)		
Asistanlıktaki Çalışma Süresi	İlk 1 yıl	7 (25.0)	18 (64.3)	3 (10.7)	6,52	0,16
	1-4 yıl	29 (22.7)	81 (63.3)	18 (14.1)		
	5 yıl ve üzeri	3 (30.0)	3 (30.0)	4 (40.0)		
Başka Sağlık Kuruluşunda Çalışma Hikayesi	Evet	32(22.1)	90 (62.1)	23 (15.9)	1,55	0,46
	Hayır	7 (33.3)	12 (57.1)	2 (9.5)		
Aktif Doktorluk Yapılan Süre	3 yıl ve altı	16 (27.6)	38 (65.5)	4 (6.9)	10,50	0,03
	4-6 yıl	17 (20.2)	54 (64.3)	13 (15.5)		
	7 yıl ve üstü	6 (25.0)	10 (41.7)	8 (33.3)		
Asistanlıktaki Branş	Pediyatri	13 (30.2)	20 (46.5)	10 (23.3)	11,07	0,08
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	16 (28.6)	36 (64.3)	4 (7.1)		
	Genel Cerrahi	3 (21.4)	8 (57.1)	3 (21.4)		
	Aile Hekimliği	7 (13.2)	38 (71.7)	8 (15.1)		

\*Ki-kare testi uygulanmıştır.

Hekimlerin günlük baktığı hasta sayısına, hastalara günlük reçete yazma oranına, hastaya reçetelenen ilaç hakkında bilgi vermeye, en sık reçetelediği ilaç grubuna, reçeteyi hastaya teyit ettirmeye, AİK ile ilgili eğitim almayı istemeye, AİK

kavramını bilmeye, AİK ile ilgili eğitim almaya, sağlık bakanlığının AİK ile ilgili çalışmalarından haberdar olmaya ve reçeteleme yaparken herhangi bir bilgi kaynağından yararlanmaya göre AİK bilgi düzeyi algısı incelenmiştir.

Çalışma grubundaki bireylerin günlük baktığı hasta sayısına, hastalara günlük reçete yazma oranına, hastayı muayene etmeden ilaç vermeye, en sık reçetelediği ilaç grubuna, AİK ile ilgili eğitim almayı istemeye ve reçeteleme yaparken herhangi bir bilgi kaynağından yararlanmaya göre AİK bilgi düzeyi algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4.11).

Hastaya reçetelenen ilaç hakkında hiçbir zaman/nadiren bilgi verenlerin ( $\chi^2=11,70$  ;  $p=0,02$ ), reçeteyi hastaya hiçbir zaman/nadiren teyit ettirenlerin ( $\chi^2=11,43$  ;  $p=0,02$ ), AİK kavramını eksik bilenlerin ( $\chi^2=10,43$  ;  $p=0,005$ ) ve AİK ile ilgili eğitim almayanların ( $\chi^2=17,37$  ;  $p<0,001$ ) AİK bilgi düzeyinin daha çok yetersiz olduğu saptanmıştır (Tablo 4.11).

**Tablo 4.11.** Hekimlerin muayene ve reçetelemesi ile ilgili bazı bilgilerin AİK bilgi düzeyi algısı ile karşılaştırılması

Hekimin Muayene ve Reçetelemesi ile İlgili Özellikler (n=166)		AİK Bilgi Düzeyi Algısı				P		
		Yetersiz (n=39) n (%)	Orta (n=102) n (%)	Yeterli (n=25) n (%)	Test Değeri $\chi^2$			
<b>Günlük Bakılan Hasta Sayısı</b>	30 ve altı	10 (20.4)	29 (59.2)	10 (20.4)	7,13	0,31		
	31-59	12 (20.0)	37 (61.7)	11 (18.3)				
	60-89	9 (24.3)	25 (67.6)	3 (8.1)				
	90 ve üzeri	8 (40.0)	11 (55.0)	1 (5.0)				
<b>Hastalara Günlük Reçete Yazma Oranı</b>	%25 ve altı	2 (18.2)	6 (54.5)	3 (27.3)	8,02	0,23		
	%26-50	11 (20.4)	37 (68.5)	6 (11.1)				
	%51-75	19 (26.0)	46 (63.0)	8 (11.0)				
	%76-100	7 (25.0)	13 (46.4)	8 (28.6)				
<b>Hastaya Reçetelenen İlaç Hakkında Bilgi Verme</b>	Her zaman-genellikle	30 (22.9)	82 (62.6)	19 (14.5)	11,70	<b>0,02</b>		
	Bazen	3 (11.5)	18 (69.2)	5 (19.2)				
	Hiçbir zaman-nadiren	6 (66.7)	2 (22.2)	1 (11.1)				
	Her zaman-genellikle	4 (50.0)	3 (37.5)	1 (12.5)				
<b>Hastayı Muayene Etmeden İlaç Verme</b>	Bazen	7 (20.0)	21 (60.0)	7 (20.0)	4,16	0,38		
	Hiçbir zaman-nadiren	28 (22.8)	78 (63.4)	17 (13.8)				
	NSAİ	21 (21.2)	64 (64.6)	14 (14.1)			10,46	0,23
	<b>En sık Reçetelenen İlaç Grubu</b>							

	Analjezik	2 (12.5)	12 (75.0)	2 (12.5)		
	OKS	6 (30.0)	12 (60.0)	2 (10.0)		
	Antibiyotik	10 (40.0)	10 (40.0)	5 (20.0)		
	Diğer (ppl...)	0 (0.0)	4 (66.7)	2 (33.3)		
<b>Reçeteyi Hastaya Teyit Ettirme</b>	Her zaman-genellikle	12 (26.1)	22 (47.8)	19 (14.5)	11,43	<b>0,02</b>
	Bazen	13 (16.9)	56 (72.7)	5 (19.2)		
	Hiçbir zaman-nadiren	14 (32.6)	24 (55.8)	1 (11.1)		
<b>AİK İle İlgili Eğitim Almayı İsteme</b>	Evet	36 (25.2)	89 (62.2)	18 (12.6)	5,53	0,06
	Hayır	3 (13.0)	13 (56.5)	7 (30.4)		
<b>AİK Kavramını Bilme</b>	Tam biliyor	19 (17.3)	77 (70.0)	14 (12.7)	10,43	<b>0,005</b>
	Eksik biliyor	20 (35.5)	25 (44.6)	11 (19.6)		
<b>AİK İle İlgili Eğitim Alma</b>	Evet	9 (12.5)	44 (61.1)	19 (26.4)	17,37	<b>&lt;0,001</b>
	Hayır	30 (31.9)	58 (61.7)	6 (6.4)		
<b>Sağlık Bakanlığının AİK Çalışmalarından Haberdar Olma</b>	Evet	13 (28.9)	21 (46.7)	11 (24.4)	6,56	<b>0,03</b>
	Hayır	26 (21.5)	81 (66.9)	14 (11.6)		
<b>Reçeteleme Yaparken Bilgi Kaynağından Yararlanma</b>	Evet	36 (23.8)	93 (61.6)	22 (14.6)	0,35	0,83
	Hayır	3 (20.0)	9 (60.0)	3 (20.0)		

\*Ki-kare testi uygulanmıştır.

Katılımcılardan evli olanların HHYÖ bakım alt boyutu puanı daha yüksek; branşı kadın ve doğum hastalıkları olanların HHYÖ paylaşım alt boyut puanı daha düşük; mezuniyet sonrası geçen süre 5 yıl ve altı olanların HHYÖ paylaşım alt boyut puanı ve HHYÖ toplam puanı istatistikî anlamlı şekilde daha yüksek olarak saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.12).

**Tablo 4.12.** Hekimlerin sosyodemografik ve meslek ile ilgili bazı bilgilerin HHYÖ puanları ile karşılaştırılması

Sosyodemografik ve Mesleki Özellikler		Bakım	Paylaşım	HHYÖ
		Alt Boyut Ortanca (min-max)	Alt Boyut Ortanca (min-max)	Toplam Puan Ortanca (min-max)
Yaş	20-25	15 (11-36)	19 (14-38)	34 (26-71)
	26-30	28 (11-36)	20 (10-36)	48 (24-71)
	31-35	28 (11-35)	18.5 (9-29)	49.5 (24-60)
	36 ve üzeri	27.5 (12-36)	16.5 (14-26)	46 (28-53)
	<b>Test Değeri/p</b>	Z:2.16 p:0.53	Z:5.38 p:0.14	Z:1.67 p:0.64
Cinsiyet	Kadın	28 (11-36)	20 (9-33)	49 (24-69)
	Erkek	27 (11-35)	19 (10-38)	47 (24-71)
	<b>Test Değeri/p</b>	Z:1.04 p:0.29	Z:0.79 p:0.42	Z:1.41 p:0.15
Medeni Durum	Bekar	27 (11-35)	19 (9-38)	48 (24-71)
	Evli	29 (11-36)	19 (10-36)	49 (24-69)
	<b>Test Değeri/p</b>	Z:2.29 p:0.02	Z:0.28 p:0.77	Z:1.31 p:0.19
Branş	Pediyatri	27 (11-35)	20 (11-36)	49 (24-66)
	Kadın Hastalıkları ve Doğum	28.5 (11-36)	18 (10-38)	46.5 (24-71)
	Genel Cerrahi	26 (13-36)	20 (14-36)	46 (28-71)
	Aile Hekimliği	28 (15-35)	20 (9-32)	49 (30-62)
	<b>Test Değeri/p</b>	KW:4.72 p:0.19	KW:8.62 p:0.03	KW:0.51 p:0.91
Önceden Başka Sağlık Kuruluşunda Çalışma	Evet	27 (11-36)	19 (9-36)	48 (24-71)
	Hayır	30 (11-33)	20 (13-38)	50 (27-71)
	<b>Test Değeri/p</b>	Z:1.41 p:0.15	Z:0.56 p:0.57	Z:0.29 p:0.78
Mezuniyet Sonrası Geçen Süre	5 yıl ve altı	28 (11-36)	20 (12-38)	49 (26-71)
	6 yıl ve üstü	27 (11-36)	18 (9-32)	43 (24-63)
	<b>Test Değeri/p</b>	Z:1,31 p:0,19	Z:3,44 p:0,001	Z:2,94 p:0,003
Aktif Doktorluk Yapılan Süre	3 yıl ve altı	27.5 (11-33)	20 (13-38)	49 (24-71)
	4-6 yıl	28 (11-36)	19 (10-36)	46.5 (24-71)
	7 yıl ve üstü	28 (12-36)	19 (9-29)	49.5 (28-60)
	<b>Test Değeri/p</b>	KW:0,08 p:0,95	Z:2,14 p:0,34	Z:0,91 p:0,64
Asistanlıktaki Çalışma Süresi	İlk 1 yıl	28 (11-33)	20 (15-38)	48 (26-71)
	1-4 yıl	28 (11-36)	19 (9-36)	48 (24-71)

5 yıl ve üzeri	27 (11-35)	18,5 (16-28)	49,5 (28-63)
<b>Test Değeri/p</b>	KW:0,85 p:0,31	Z:0,55 p:0,76	Z:0,57 p:0,75
<i>*Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.</i>			

Hekimlerden hiçbir zaman/nadiren hastaya adı ile hitap edenlerin ve günlük reçete yazma oranı %25 ve altı olanların HHYÖ bakım ve HHYÖ toplam puanı daha düşük; her zaman/genellikle muayene etmeden ilaç yazanların HHYÖ bakım, paylaşım ve toplam puanları daha düşük; hastaya reçetelediği ilaç hakkında bilgi verenlerin HHYÖ bakım, paylaşım ve toplam puanları istatistiki olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.13).

**Tablo 4.13.** Hekimlerin muayene ve reçetelemesi ile ilgili bazı bilgilerin HHYÖ puanları ile karşılaştırılması

Hekimin Muayene ve Reçetelemesi ile İlgili Özellikler	Bakım	Paylaşım	HHYÖ Toplam	
	Alt Boyut Ortanca (min-max)	Alt Boyut Ortanca (min-max)	Puan Ortanca (min-max)	
Günlük Bakılan Hasta Sayısı	30 ve altı	26 (11-36)	20 (10-38)	47 (24-71)
	31-59	27 (11-36)	19 (9-36)	47 (24-69)
	60-89	29 (11-36)	19 (12-36)	49 (27-71)
	90 ve üzeri	30 (14-33)	19 (13-28)	50 (27-56)
	<b>Test Değeri/p</b>	KW:4.60 p:0.20	KW:1.68 p:0.64	KW:4.09 p:0.25
Tedavi	5 dk ve altı	27 (11-36)	20 (9-36)	49 (24-66)
Düzenlemede	6-10 dk	28 (11-33)	19 (10-29)	47 (24-58)
Hastaya Ayrılabilen Süre	10 dk'nın üzerinde	29 (12-36)	19 (11-38)	50 (27-71)
	<b>Test Değeri/p</b>	KW:1.22 p:0.54	KW:3.38 p:0.18	KW:2.10 p:0.35
Hastaya Adı ile Hitap	Her zaman- genellikle	28 (11-36)	20 (10-38)	49 (24-71)
	Bazen	29 (15-35)	19 (9-28)	49 (28-63)
	Nadiren-hiçbir zaman	24 (11-32)	19 (12-28)	42 (26-52)
	<b>Test Değeri/p</b>	KW:8,20 p:0,01	KW:4,79 p:0,09	KW:7,76 p:0,02
Günlük Reçete Yazma Oranı	%25 ve altı	25 (11-34)	19 (10-38)	40 (26-71)
	%26-50	28 (11-35)	19 (13-36)	47 (28-71)
	%51-75	29 (11-36)	19 (10-36)	50 (24-69)
	%76-100	26 (12-35)	20 (9-29)	46 (27-62)
	<b>Test Değeri/p</b>	KW:10,29 p:0,01	KW:1,75 p:0,62	KW:7,55 p:0,05
Muayenesiz Şikayete Göre İlaç Yazma	Her zaman- genellikle	17 (11-29)	16,5 (11-24)	35 (24-53)
	Bazen	27 (11-35)	21 (10-38)	49 (28-71)
	Nadiren-hiçbir zaman	28 (11-36)	19 (9-36)	49 (24-71)
	<b>Test Değeri/p</b>	KW:10,08 p:0,01	KW:6,0 p:0,05	KW:9,35 p:0,01
Hasta Talebi	Her zaman- genellikle	27 (11-36)	19 (9-36)	46 (24-71)

<b>İle İlaç Yazma</b>	Bazen	29 (11-35)	20 (13-38)	50 (26-71)
	Nadiren-hiçbir zaman	26 (11-36)	19 (10-33)	47 (24-69)
	<b>Test Değeri/p</b>	KW:9,32 p: <b>0,01</b>	KW:2,13 p:0,34	KW:6,03 p: <b>0,04</b>
<b>Hastaya</b>	Her zaman- genellikle	28 (11-36)	20 (9-38)	49 (24-71)
<b>Reçetelenen</b>	Bazen	27 (11-33)	19 (10-36)	47 (24-66)
<b>İlaç Hakkında</b>	Nadiren-hiçbir zaman	19 (11-26)	16 (11-18)	33 (26-44)
<b>Bilgi Verme</b>	<b>Test Değeri/p</b>	KW:13,86 p: <b>0,01</b>	KW:11,87 p: <b>0,01</b>	KW:16,81 p: <b>0,01</b>
<b>Reçeteyi Hastaya</b>	Her zaman- genellikle	28 (11-35)	20 (14-38)	49 (26-71)
	Bazen	28 (11-35)	20 (9-36)	49 (27-66)
	<b>Test Değeri/p</b>	KW:0,11 p:0,94	KW:3,64 p:0,16	KW:2,21 p:0,33
<b>Teyit Ettirme</b>	Nadiren-hiçbir zaman	28 (11-36)	18 (10-36)	45 (24-71)
<b>Sık Görülen</b>	Evet	28 (11-36)	19 (9-36)	48 (24-67)
<b>Hastalıklar</b>	Hayır	28,5 (11-36)	21 (14-38)	48 (26-71)
<b>İçin Kişisel</b>	<b>Test Değeri/p</b>	Z:0,39 p:0,69	Z:1,46 p:0,15	Z:0,27 p:0,78
<b>Tedavi Oluşturma</b>				
*Mann Whitney U testi ve Kruskall Wallis testi uygulanmıştır.				

Hekimlerin AİK hakkında bilgi düzeyi algısı orta seviye olanların HHYÖ bakım alt boyut puanı daha yüksek ve AİK kavramını tam bilenlerin HHYÖ bakım, paylaşım ve toplam puanları istatistik olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ) (Tablo 4.14).

**Tablo 4.14.** Hekimlerin AİK ile ilgili bazı bilgilerin HHYÖ puanları ile karşılaştırılması

<b>AİK İle İlgili Özellikler</b>		<b>Bakım</b>	<b>Paylaşım</b>	<b>HHYÖ</b>
		<b>Alt Boyut</b>	<b>Alt Boyut</b>	<b>Toplam Puan</b>
		<b>Ortanca</b>	<b>Ortanca</b>	<b>Ortanca</b>
		<b>(min-max)</b>	<b>(min-max)</b>	<b>(min-max)</b>
<b>AİK Bilgi Düzeyi</b>	Yetersiz	27 (11-36)	19 (10-38)	48 (24-71)
	Orta	28,5 (11-36)	19,5 (12-36)	49 (27-71)
	Yeterli	26 (12-36)	19 (9-31)	45 (26-67)
<b>Algısı</b>	<b>Test Değeri/p</b>	KW:5,73 p: <b>0,05</b>	KW:0,25 p:0,88	KW:2,51 p:0,28
<b>AİK İle İlgili Eğitim Alma</b>	Evet	28 (11-36)	20 (9-36)	48 (24-69)
	Hayır	28 (11-36)	19 (10-38)	49 (24-71)
	<b>Test Değeri/p</b>	Z:0,07 p:0,94	Z:0,16 p:0,87	Z:0,34 p:0,73
<b>AİK Kavramını Bilme</b>	Tam biliyor	29 (15-36)	20,5 (10-38)	50 (30-71)
	Eksik biliyor	25 (11-36)	17 (9-29)	42 (24-62)
	<b>Test Değeri/p</b>	Z:5,26 p: <b>0,001</b>	Z:4,19 p: <b>0,001</b>	Z:5,26 p: <b>0,001</b>
<b>Sağlık Bakanlığının AİK Çalışmalarından</b>	Evet	27 (11-35)	18 (10-36)	46 (24-66)
<b>Haberdar Olma</b>	Hayır	28 (11-36)	20 (9-38)	49 (24-71)
	<b>Test Değeri/p</b>	Z:1,71 p:0,08	Z:1,36 p:0,17	Z:1,38 p:0,16

<b>AİK İle İlgili</b>	Evet	28 (11-36)	19 (11-38)	48 (24-71)	
<b>Eğitim</b>	Alma	Hayır	27 (11-36)	18 (9-33)	43 (24-69)
<b>İsteği</b>	<b>Test Değeri/p</b>	Z:1,37 p:1,17	Z:0,51 p:0,61	Z:1,15 p:0,25	
<i>*Mann Whitney U testi ve Kruskall Wallis testi uygulanmıştır.</i>					

## 5. TARTIŞMA

Hasta merkezli yaklaşımın, akılcı ilaç kullanımını çeşitli şekillerde teşvik etmede önemli bir etkisi vardır. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastaları sağlık hizmetleri kararlarına aktif ortaklar olarak dahil ederek ilaç uyumunu, hasta memnuniyetini ve genel tedavi sonuçlarını iyileştirebilir. Bu çalışmada da SBÜ İzmir Tıp Fakültesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi'nde çalışan asistan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı ve hasta merkezli yaklaşım hakkında bilgi düzeylerini ölçerek bunları etkileyen faktörler ve kendi aralarındaki ilişkisi incelenmiştir.

Bu çalışmada yer alan hekimlerin %65,7'si (n=109) 26-30 yaş aralığında iken %3,6'sı (n=6) 36 yaş ve üzerindedir. 2016'da Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi'nde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin akılcı ilaç kullanımına dair bilgi, tutumunu ölçen bir çalışmada bireylerin de %51,7 ile çoğunluğunun 26-30 yaş aralığında olduğu görülmüştür (62). Denizli Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan araştırma görevlisi hekimlerde yürütülen akılcı ilaç kullanımına dair benzer çalışmalarda da yaş ortalaması sırasıyla  $28,6 \pm 3,14$  ve  $28,71 \pm 1,23$  yıldır (63,64). Araştırma görevlisi hekimler ortalama olarak 24-25 yaşlarında mezun olmasını takiben uzmanlık için 'TUS' sonrası araştırma görevlisi doktor olarak devam etmektedir. Ulaşılan kişilerin genellikle 26-30 yaş aralığında olması beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmada yer alan araştırma görevlisi hekimlerin %60,8'i kadın, %39,2'si erkek olup %47,6'sı evli, %52,4'ü bekardır. Bulut ve Akıcı' nın yapmış olduğu akılcı ilaç kullanımına dair olan çalışmalarında da benzer şekilde sırasıyla %56,11 ve %59,50'si kadındır (65,66). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin %48,7 sinin kadın ve %42,9'unun da evli olduğu görülmüştür (67).

Her ülkede olduğu gibi Türkiye’de de hekimlerin günlük muayene ettiği hasta sayısı hekimin uzmanlığı, muayene ortamı, hizmet talebi, hasta karmaşıklığı, hekim iş yükü, sağlık sistem politikaları gibi birçok faktöre bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir. Çalışmamızdaki araştırma görevlisi hekimlerin muayene ve reçetelemeleri ile ilgili bilgileri incelendiğinde; günlük muayene ettikleri hasta sayısının %36,1 ile çoğunlukla 31-59 arasında olup 90 ve üzerinde hasta muayene eden hekim oranı %12,0’dır. Buna ek olarak çalışma grubundaki branşı Kadın ve Doğum Hastalıkları olan araştırma görevlisi hekimler diğer branşlara göre daha çok günlük 90 ve üzerinde hasta baktıkları saptanmıştır. Ankara ilinde Yıldırım Beyazıt Üniversitesi’nde yapılan benzer bir çalışmadaki araştırma görevlisi hekimlerin %32 ile çoğunluğunun günlük muayene ettikleri hasta sayısı 30-59 arasında olup %16,9’ u da 90 ve üzerinde hasta muayene ettiğini belirtmiştir. Ayrıca içinde Kadın ve Doğum Hastalıkları bölümünün olduğu cerrahi branşlarda çalışan hekimlerin dahili bilimlerde çalışan hekimlerden daha çok 90 ve üzerinde hasta baktığı belirtilmiştir (62). Trakya üniversitesi tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlisi hekimlerde yapılmış olan bir diğer benzer çalışmada ise %35,8’ inin günlük muayene ettikleri hasta sayısının 31-59 arasında olduğu görülmüştür (68). Bursa Büyükşehir Belediyesinin bölge sınırları içerisinde olan Üniversite Hastanesi, Sağlık Bakanlığı Eğitim-Araştırma Hastanesi, Devlet Hastanesi ve Özel Hastanelerde çalışan uzman ve araştırma görevlisi hekimleri ile Aydın’ın yapmış olduğu bir çalışmada hekimlerin çalışmış olduğu sağlık kurumunda muayene ettiği ortalama günlük hasta sayıları, Devlet Hastanelerinde  $56,76 \pm 20,40$ , Sağlık Bakanlığı Eğitim-Araştırma Hastanesinde  $53,08 \pm 28,28$ , Üniversite Hastanesinde  $34,35 \pm 28,11$  ve Özel Hastanelerde  $11,52 \pm 10,60$  olduğu görülmüştür (69). Dee’nin Orta Florida’daki kırsal bölgedeki çalışan birinci basamak hekimlerinde yaptığı bir çalışmada günlük muayene edilen hasta sayısının 35 ile 60 arasında değiştiği gözlenmiştir (70). Süveyş Kanalı üniversite Hastanesi’nde ve Süveyş Kanalı Üniversitesi Tıp fakültesine bağlı aile hekimliği merkezinde dahili, cerrahi bilim hekimleri ve aile hekimlerinde yürütülen bir çalışmada hastane hekimlerinin %50’sinin günlük muayene ettikleri hasta sayısının 20’ den fazla olup aile hekimlerinin ise %38,7 ile çoğunluğunun 10-20 arasında olduğu belirtilmiştir (71).

Bu çalışmada yer alan hekimlerin bir hastaya ayırdığı süre ortalama  $8,15 \pm 3,51$  (2-20) dk'dır. Muayene tamamlandıktan sonra sadece reçeteleme için hastaya ayrılan süre ise çoğunlukla (%48.2) 5 dk ve altındadır. Ankara'da yine araştırma görevlilerinde yapılan benzer bir çalışmada ise %48,9 ile çoğunluğunun tedaviyi düzenleme için ayrılan sürenin 5-9 dakika olduğu belirtilmiştir (62). Yine Ankara'da il merkezinde bulunan sağlık ocaklarında çalışan hekimlerde yapılan benzer bir çalışmada hekimlerin %18,3'ü hastalara 5 dk'nın altında süre ayırırken, %62,5'inin 5-10 dk süre ayırabildiği fakat hiç birinin 15 dk ve üzerinde zaman ayıramadığı ifade edilmiştir (72). California'da aile hekimi, çocuk hekimi ve dahiliye hekimlerinde yapılan bir çalışmada hekimlerin ortalama hastaya ayırdığı sürenin Amerika'da kayıtlardan incelenmiş geniş çaplı yapılmış olan bir diğer çalışmayla benzer olarak 18 dk olduğu belirtilmiştir ve bu süre DSÖ'nün bir hastaya ayrılması gereken ortalama muayene süresi olan 20 dk'ya çok yakın bir süredir (73,74). Almanya, Birleşik Krallık ve Amerika'daki dahiliye, pratisyen ve aile hekimlerini kapsayan bir çalışmada; Alman, İngiliz ve Amerikalı doktorlara yeni bir hasta randevusu için sırasıyla 16/11/32 dakika, rutin bir ziyaret için 6/10/18 dakika ve tam bir muayene için 12/20/36 dakika tahsis edilmektedir, ancak daha fazla zamana ihtiyaçları olduğunu belirtmiştir (75). Bugün için klinik pratikte, görünen o ki, ziyaret uzunlukları doktorların muayene stratejilerine göre belirlenebilir. Hekimler genellikle, her bir hastayla geçirdikleri süreyi sınırlayabilen günlük hasta hacmi hedeflerine bağlı kalırlar. Bu günlük hasta hacmi de devletin belirlediği kota doğrultusunda olabilmektedir. Geri ödemeye göre değişebilir, yani hizmet başına, hasta başına alınan sağlık hizmeti geri ödeme modellerinde, daha fazla hasta görmek daha kısa randevulara yol açabilir. Farklı ülkeler farklı sağlık sistemi yapılarına sahiptir. Bu sistemler randevu kullanılabilirliğini, hekim iş yükünü ve dolayısıyla da her hastaya ayrılan zamanı etkileyebilir. Hekimler, artan sayıda önleyici hizmetler sunma, yönergeleri izleme, kanıta dayalı uygulamalarla meşgul olma ve yönetim odaklı kuruluşlarda hasta merkezli bakım sunma konusunda baskı altında kaldıkça, zamanları üzerinde kontrol sahibi olmaları konusunda da mücadele etmektedirler (76). Muayenehanelerdeki ziyaret uzunluğundaki farklılıklar, farklı hastaların farklı tedaviler almasından, farklı branşlarda farklı hasta profillerinin gelmesi, hekimlerin hizmet verdiği nüfus mevcudiyetine, kültürel normlara, kişi başına düşen doktor

sayısına, ülke ekonomisine, kırsal veya kentsel bölgede hizmet vermeye, tıp eğitim ve öğretimindeki farklılıklardan da kaynaklanıyor olabilir. Bu gibi birçok faktör etkileşim halindedir ve ülkeler arasında randevu sürelerinin farklılaşmasına katkıda bulunmaktadır. Sağlık sistemlerinin, hastalar için kaliteli etkileşimler ve olumlu sağlık sonuçları sağlamak için verimli bakım sunumunu hasta merkezli yaklaşımlarla dengelemesi önem arz etmektedir (77,78).

Araştırma grubundaki hekimlerin %4,8'i her zaman/genellikle muayene etmeden ilaç yazdığını ve %28,9'u her zaman/genellikle hastanın talebi ile ilaç yazdığını ifade etmişlerdir. Akkurt'un yapmış olduğu çalışmada hekimlerin %3,9'unun hastalarını genellikle muayene etmeden reçete yazdığı; Koçoğlu'nun Fırat üniversitesinde yapmış olduğu çalışmada ise hekimlerin %2,2'sinin hastalarını genellikle muayene etmeden ilaç yazmakta ve %17,6'sı genellikle hastanın talebi ile ilaç yazdığını belirtmişlerdir (62,79). Kapsamlı bir muayene, inceleme olmadan ve akılcı ilaç kullanımına (ilaçların kanıta dayalı klavuzlara, bireysel hasta özelliklerine ve tıbbi gerekliliğe dayalı olarak uygun reçetelenmesi) uyulmadan ilaç yazılması; yanlış teşhis, etkisiz tedavi, advers ilaç reaksiyonları, polifarmasi, ilaç etkileşimleri, kaynak israfı, semptomları maskeleyen, gecikmiş uygun tedavi, hastaya zarar verme, azalan güven, antibiyotik direnci gibi bir dizi olası tehlikelere ve olumsuz sonuçlara yol açabilir (80-82).

Bu çalışmada yer alan hekimlerin %91'i ilaç yazarken bir bilgi kaynağından yararlanmakta olduğunu ve en çok yararlandığı bilgi kaynaklarının da sırasıyla prospektüs (%66,9), meslektaşları (%62,7) ve internet (%59) olduğunu belirtmiştir. İstanbul'da 2002'de birinci basamak hekimlerinde yapılan akılcı ilaç kullanımına yönelik çalışmada hekimlerin reçeteleme yaparken kullandıkları bilgi kaynağı sırasıyla vademekum (%93,9), farmakoloji kitapları (%31,8) ve ilaç prospektusları (%27,0) olarak belirtilmiştir (83). 2020'de Hatay'da aile hekimlerinde yapılan akılcı ilaç kullanımına yönelik çalışmada ise hekimler reçeteleme yaparken en çok yararlandığı bilgi kaynağının ilaç firmalarının tanıtımları olduğunu ifade etmişlerdir (84). Pamukkale üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çalışan dahili tıp bilimi

araştırma görevlilerinde yapılan benzer bir çalışmada da ilaç yazarken faydalandığı bilgi kaynağı olarak en çok internetin, dijital kaynakların kullanıldığı görülmüştür (85). Abdelaziz'in Tunus'da pratisyen hekimlerin farmositik bilgilerini edinme yöntemlerini araştırdığı bir çalışmada reçeteleme yaparken hekimlerin ilk sırada yararlandığı bilgi kaynağının ilaç rehberleri olduğu bulunmuştur (86). 2005 yılında okulu bitirmiş olan Edinburg Üniversitesi mezun hekimlerine mesleki hayatlarının ilk yılı içinde yapılan çalışmaya göre, hekimlerin büyük bir çoğunluğunun (%84) reçeteleme bilgi kaynağı olarak en sık BNF'yi (British National Formulary) kullandıkları ifade edilmiştir (87). Tıp alanında hızla artan ve yenilenen güncel bilgilerin tamamının tıp fakültelerinde öğrenilmesi pek mümkün değildir. Bu yüzden hekimlerin mezuniyet sonrası da bu açıdan öğrenimlerini sürdürmeleri gerekmektedir. Fakat mezuniyet sonrası dönemde kazanılmış olan mesleki deneyim, fakülte yılları içinde öğrenilen bilgilerin pekiştirilmesine katkı sağlamaktadır. Geçmişten farklı olarak artık çağımız teknoloji çağı olduğu ve bu yol ile bilgiye ulaşımın çok daha kolay olduğu için bilgi kaynağı olarak tercihler bu yöne kaymaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmeti veren kurumlarda teknik donanımın güçlendirilmesinin önemini görmekteyiz. Gerekirse branşlara yönelik tedavi klavuzlarının sürekli güncellenerek sağlık hizmet sunucularının erişimine kolaylıkla sunulması önem arz etmektedir. Akılcı ilaç kullanımı, hastalara ilaç reçete etme konusunda bilgiye dayalı ve kanıta dayalı kararlar vermeyi içerir. Güvenilir bilgi kaynaklarının kullanılması, sağlık hizmeti sağlayıcılarının hasta güvenliğine, etkinliğine ve uygun kullanıma öncelik veren iyi bilgilendirilmiş kararlar almasına yardımcı olur. Kullanılan bilgi kaynağının doğru seçilip güvenilir bilgiye ulaşma ile etkisiz veya yanlış tedavi, kaynak israfı, gecikmiş uygun tedavi, hastalarda tedaviye uyumsuzluk, direnç geliştirme gibi olumsuz sonuçlardan uzaklaşılır.

Akılcı ilaç kullanımının gerek ilacı kullanım devamlılığı ve doğru kullanımı açısından önemli bir ayağı da reçetelenen ilaç hakkında hastayı bilgilendirmektir. Bu çalışmadaki hekimlerin %78,9' u reçete verilen ilaçlar hakkında hastayı her zaman/genellikle, %15,7'si ise bazen bilgilendirmektedir. Özellikle aile hekimliği branşındaki hekimlerin diğer branşlara göre daha çok hastayı reçetelenen ilaç hakkında bilgi verdiği saptanmıştır. Bunda aile hekimliği branşındaki hekimlerin daha çok AİK hakkında eğitim almış olmasının etkisi olduğu düşünülmektedir.

Ayrıca buna ek olarak bu çalışmada hastaya reçetelenen ilaç hakkında her zaman/genellikle bilgi veren hekimlerin HHYÖ'den daha yüksek puan almış olduğu, yani daha çok hasta merkezli yaklaşımlarının olduğu görülmektedir. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde ve Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde yapılan benzer araştırmalarda; görev yapan araştırma görevlisi doktorların sırasıyla %83,6'sı ve %84,6'sı hastaya reçeteleme yaptığı ilaçlar hakkında bilgi verdiği gözlenmiştir (93,94). Pratisyen hekimlerde yapılan benzer bir diğer çalışmada ise hastalara reçeteleme yaptığı ilaçlar hakkında her zaman bilgi veren doktorların oranı %67,4 bazen bilgi verenlerin oranı da %28,5 olduğu belirtilmiştir (66). Genel olarak hastaları bilgilendirme oranının hiç bilgilendirmemeye göre çok daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Hastaların reçete edilen ilaç hakkında bilgilendirilmesi, akılcı ilaç kullanımının kritik bir bileşenidir. Kronik hastalıkları olan hastalar için, uzun süreli ilaç kullanımının ve uyumun önemini anlamak çok önemlidir, hasta-doktor ilişkisini kuvvetlendirir, ilaç uyumunu artırır ve aynı zamanda sağlık okuryazarlığının gelişimine katkısı olmaktadır. Bilgilendirilmiş hastaların durumlarını etkili bir şekilde yönetme olasılığı daha yüksektir. Bu hasta merkezli yaklaşım, hasta güvenliğini, tedaviye bağlılığı ve genel sağlık hizmeti sonuçlarını sağlamak için gereklidir. Hastalar ilaçları hakkında iyi bilgilendirildiğinde bilinçli kararlar verebilir, tedavilerine aktif olarak katılabilir ve sağlıklarını yönetmede aktif rol alabilirler.

Bu çalışmaya katılan hekimlerin %23,5' i AİK konusunda bilgi düzeyini yetersiz, %61,4'ü orta düzeyde ve %15,1'i ise kendini yeterli düzeyde olarak değerlendirmiştir. Tecrübe kazanma ve çalışma sürecindeki eğitim alma ihtimalinin daha yüksek olması düşünüldüğünde bu çalışmadaki hekimlerin aktif doktorluk yaptığı süre 7 yıl ve üzeri olanların daha az çalışmış olan hekimlere göre bilgi düzeylerini daha yeterli olarak değerlendirmesi beklenen bir sonuçtur. Buna ek olarak AİK kavramını tam bilenlerin ve AİK konusunda eğitim alan hekimlerin de kendilerini daha yeterli olarak ifade etmeleri kaçınılmazdır ve bu konudaki eğitimin önemini göstermektedir. Koçoğlu, Akkurt ve Peköz'ün yapmış oldukları benzer çalışmalarda da AİK konusunda hekimlerin bilgi düzeylerinin %54,2-%59,9 arasında yani orta düzeyde olduğunu belirtmişlerdir (79,62,91) ve bizim çalışmamız sonuçları ile benzerdir.

Akılcı ilaç kullanım ilkelerinin önemi uzun yıllardır vurgulanmaktadır. Bu konudaki eksiklikleri gidermek için DSÖ ve Groningen Üniversitesi işbirliğiyle tıp fakültelerinde eğitimler başlamıştır (88). Bu konuda yapılandırılmış eğitimlerin mevcut durum için gerekliliğini yapılmış olan çalışmalarda görmekteyiz (83,92). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada katılımcıların %43,4' ü akılcı ilaç kullanımı hakkında eğitim almış olup, %86,1' i de bu konuda eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir. Ayrıca AİK ile ilgili eğitim alma oranının aile hekimlerinde diğer branş hekimlerine göre daha fazla olduğu saptanmıştır. 2020'de Hatay'da aile hekimleri üzerinde yapılmış olan akılcı ilaç kullanımına yönelik araştırmada hekimlerin %95,3'ünün AİK konusunda eğitime katılmış olduğu gözlenmiştir (84). Gerek hizmet içi eğitimler gerek bu konuya giderek daha fazla önem verilmesi aile hekimliği branşındaki hekimlerdeki eğitim alma oranında sıklığı etkilemiş olabilir. 2014'de Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi dahili bilimlerde çalışmakta olan araştırma görevlisi hekimlerin üzerinde yapılan benzer bir araştırmada da AİK konusunda eğitim alma oranı %36,2 iken bu konuda eğitim alma isteği oranı %62,9'dur (85). Yağar ve ark.'nın araştırma görevlilerinde yapmış olduğu çalışma sonuçlarıyla benzer olarak Mersin üniversitesi tıp fakültesi dahili ve cerrahi bilimlerde çalışan araştırma görevlisi hekimlerde yapılan benzer bir çalışmada da hekimlerin %67,9'unun önceden AİK konusunda eğitim almış olduğu belirtilmiştir (89,90). Bu kadar yüksek oranında eğitim alma sıklığında Mersin Üniversitesindeki mezuniyet sonrası asistan eğitim programındaki AİK' na dair de eğitimlerin verilmesinin ve Yağar'ın yürütmüş olduğu çalışmada Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde AİK komitesinin bir üyesi olarak aktif çalışmasının katkısının büyük olduğu görülmektedir. İzmir Katip Çelebi üniversitesi tıp fakültesi araştırma görevlisi hekimlerinde yapılan benzer bir diğer çalışmada da hekimlerin %59,9'u daha önceden AİK ile ilgili eğitim almış olup %70,8'i de bu konuda ilerde eğitim almak istediklerini belirtmişlerdir (91). Bu sonuçlar bize son yıllar içerisinde tıp fakültelerinde bu konudaki eğitimlerin sıklaşmasına rağmen yeterli seviyeye ulaşmadığını göstermektedir. AİK konusunda eğitim alan hekimlerin de tekrar eğitim almak istemesi bize eğitimlerin yetersiz olabileceğini ve tekrarlanması gerekebileceğini düşündürmektedir. Hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim durumu bölgeye, sağlık sistemine, tıp eğitimine ve

bireysel kurumlara göre önemli farklılıklar gösterebilmektedir. Bununla birlikte, genel olarak tıp eğitimi ve öğretim programları, hasta güvenliğini ve optimal tedavi sonuçlarını sağlamak için doktorları akılcı ilaç kullanımı için gerekli bilgi ve becerilerle donatmayı amaçlar. Bu çalışma sonuçlarında da görülmektedir ki; gerek hizmet içi eğitimler gerek fakülte hayatındaki eğitimler olsun çalışmamız sonuçlarında da bariz görülmektedir ki AİK konusundaki eğitimlerin geliştirilmesi üzerine çalışmaların sürdürülmesi ve tek bir branş üzerinde değil tüm branşlara yönelik kapsamlı ve yapılandırılmış olarak yapılması özellikle önem arz etmektedir.

Hasta merkezli yaklaşım, bileşenlerinin her hasta doktor karşılaşmasında benzersiz bir şekilde etkileşime girdiği ve birleştiği bütüncül bir kavramdır. Hasta merkezli yaklaşımı ölçmek için kullandığımız HHYÖ'nin, bakım alt boyutu, hekimlerin sıcaklık ve duygusal destek sağlamaya önem verme ve hastayı bir bütün olarak görme derecesini, paylaşım alt boyutu ise karar verme bilgisini ve gücünü hastalarla paylaşımları gerektiğine ne ölçüde inandıklarını yansıtmaktadır (60). Bu çalışmada hekimlerin hasta merkezli yaklaşımlarını ölçmek amacıyla yapılan analiz sonuçları incelendiğinde; evli olan hekimlerin HHYÖ ölçeğinin 'bakım' alt boyutundan aldığı puanın bekar olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır ve bu bir bakıma empati yapmayı yansıtmaktadır. Her zaman için empati kabiliyeti kişilerin arasında sosyal etkileşim ile iletişim içerisinde gelişir ve bu etkileşim çift taraflı olarak, duygu, düşünce ve bilgi paylaşımını temsil eder. Kişiler bu şekilde karşılıklı geribildirim aşamalarını güçlendirip, anlayışlı olmasını artırabilmektedir. Eşlerle yapılan çalışmalar sonucunda da sorumluluk alıp evliliği yürütmede eşin bakış açısıyla bakmanın, karşılıklı duygu ve düşüncelerin iletişimi ve anlayışın önemi vurgulanmıştır (95,96). Bu da bu çalışma sonuçlarındaki duygusal destek sağlamayı içeren 'bakım' alt boyutundan alınan puanın evli hekimlerde daha yüksek saptanmış olmasını açıklayabilir. Bunların aksine Wang'ın 2017'de Çin'de yapmış olduğu bir çalışmada ise medeni durumun HHYÖ 'bakım' alt boyutu ile değerlendirildiğinde istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır(94). Sonuçlar arasındaki farklılıklar kültürel normlardaki farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Bu çalışmadaki hekimlerin mezuniyet sonrası geçen süre 5 yıl ve altında olanları, 6 yıl ve üzerinde olan hekimlere göre HHYÖ 'paylaşım' alt boyutu ve toplam puanının daha yüksek olduğu saptanmış olup daha çok hasta merkezli

yaklaşımlarının olduğu görülmektedir. Fakat aktif doktorluk yapılan süre ve asistanlıktaki çalışma süresi ile HHYÖ puanları arasında istatistiksel olarak fark saptanmamıştır. Bu bize fakülteedeki eğitimlerde öğrenilen bilgi ve yaklaşımın fakülteeden ayrıldıktan sonraki geçen zaman içinde unutulması ve günlük uygulamalar sırasında bu gibi yaklaşımlardan uzaklaşılmasına sebebiyet vermiş olabileceğini düşündürmektedir. Teke ve arkadaşlarının GATA Hastanesi'nde yaptığı bir çalışmada, hekimlerin mesleki çalışma süresi arttıkça hekimlerin empati kurma becerilerinin ve hasta merkezli yaklaşımlarının azalmış olduğu belirtilmiştir (97). Bu sonuca benzer olarak Krupat ve arkadaşlarının New England'daki Harvard Pilgrim Health Care'deki doktorlar arasında yaptığı bir çalışmada 10 yıl ve üzerinde pratiğe sahip hekimlerin 10 yıl ve altında pratiğe sahip hekimlere göre daha az bir hasta merkezli yaklaşıma sahip olduğu gözlenmiş (98). Bir işi uzun sürelerce yapmış olmanın verdiği monotonluk ve kümülatif iş stresi gibi faktörlerin böyle bir duruma yol açabileceği düşünülmüştür.

Hasta merkezli yaklaşıma giden yol uygun bir muayeneden geçer. Bu araştırmaya katılan hekimlerin her zaman/genellikle muayene etmeden şikayete göre ilaç yazanların ve hasta talebi ile ilaç yazan hekimlerin diğerlerine göre HHYÖ' den almış olduğu puan daha düşüktür; yani hasta merkezli yaklaşım ve empati kurma becerileri daha azdır. Hasta merkezli yaklaşımda bu tedavi sürecine hastayı dahil ederek, ona sorumluluk vererek, tedaviye bağlılığı arttırıp nihayetinde daha iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak hedeflenir. Muayene etmeden, hastayı bu sürece aktif olarak katmadan yapılan reçetelemeler ile hasta merkezli yaklaşımdan oldukça uzaklaşılar ve ulaşılacak istenen optimum sonuçlara erişilemez.

Hasta merkezli yaklaşımın, akılcı ilaç kullanımını çeşitli şekillerde teşvik etmede önemli etkileri vardır. Sağlık hizmet sağlayıcıları, hastaları sağlık yönünden kararlarına aktif olarak dahil etme, ortak karar verme, hasta eğitimi, bütüncül perspektifte bakma ile ilaç uyumunu, hasta memnuniyetini ve genel tedavi sonuçlarını iyileştirebilir. Yani hasta merkezli yaklaşımın temel yapı taşlarından birisi aslında akılcı ilaç kullanımınıdır. Bu çalışmaya katılan hekimlerde de görüldüğü üzere AİK kavramını tam bilen hekimlerde diğerlerine göre HHYÖ'den alınan toplam puan, 'bakım' ve 'paylaşım' alt boyutlarından alınan puanların daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yani daha hasta merkezli yaklaşımlarının olduğunu söylenebilir. Ryan

ve Hill'in yapmış olduğu çalışmada da belirttiği üzere tüketicilere (hastalara) yönelik basitleştirilmiş dozlama rejimleri, kendi kendini izleme ve kendi kendini yönetme programlarının kullanımı gibi merkeze hastayı koyan müdahaleler ilaç kullanımını sonuçlarını iyileştirmektedir (99).

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

S.B.Ü. İzmir Tıp Fakültesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışan asistan hekimlerin akılcı ilaç kullanım ve hasta merkezli yaklaşım hakkında bilgi düzeylerini ölçmek, birbirleriyle olan ilişkisini ve bunları etkileyen faktörleri saptamak amacıyla yapılmış olan bu çalışmanın sonuçlarını şu şekilde özetleyebiliriz:

1. Bu çalışmaya katılan hekimlerin bir hastaya ayırdığı ortalama sürenin  $8,15 \pm 3,51$  (2-20)dk olduğunu ve hekimlerin çoğunun günlük baktığı hasta sayısının 31-59 olmasıyla beraber azımsanmayacak bir kısmının da 90 ve üzerinde hasta baktığı saptandı. DSÖ'nün bir hastaya ayrılması gereken muayene süresi önerisinin 20 dk olduğu göz önünde bulundurulduğunda bu rakamın çok daha altında olduğumuz görülmektedir ve bunun üzerine çalışması gerekmektedir. Bunun için sağlık sisteminde, sağlık politikalarında düzenlemeler yapılabilir. Hekimin kendine zorunlu tutulan kısa sürelerle bağlı kalmadan, hastaya kanıta dayalı tıp uygulamalarıyla, koruyucu sağlık hizmetleri üzerinde durarak, kapsamlı bir şekilde hastayı değerlendirip tedavi düzenlemeyle beraber hastaya bütüncül bir sağlık hizmeti verebilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

2. Katılımcıların reçeteleme yaparken bilgi kaynağı olarak en çok prospektüs, meslektaş bilgisini ve internet kullandığı saptandı. Tıp biliminde hızla yenilenen bilgilerin takibinde dijital araç-gereçlerin kullanımının gün geçtikçe artması göz ardı

edilemez. Kullanım kolaylığı ve hızlı erişim olmasından dolayı bu kadar bilgi kirliliğinin olduğu internetten doğru ve güvenilir bilgiye ulaşmak hasta güvenliği, yapılan işin etkililiğinden dolayı çok önem arz etmektedir. Bu yüzden sağlık kuruluşlarınca teknik donanımın güçlendirilip, branşlara yönelik tedavi klavuzlarının kapsamlı bir şekilde hazırlanıp belli aralıklarla güncellenerek hizmete sunulmasında fayda olacaktır.

3. Bu çalışmada yer alan hekimlerin çoğunluğu (%78,9) her zaman/genellikle yazdığı reçete hakkında hastayı bilgilendirse de %5,4'lük bir kısmının hiçbir zaman bilgilendirmediği veya çok nadiren bilgilendirildiği saptandı. Hastaların yazılan ilaçlar hakkında bilgilendirilmesi akılcı ilaç kullanımının önemli bir basamağı olup ilaç uyumunu, sağlık okuryazarlığını, hasta güvenliğini ve tedaviye olan bağlılığını arttıracaklarını düşünmekteyiz. Bunların da ancak muayene süresi de dahil olmak üzere optimum koşulların sağlanmasıyla gerçekleşebileceğini düşünüyoruz. Bu noktada hem hekimlere hem politika yapıcılara önemli görevler düşmektedir.

4. Bu çalışmada yer alan katılımcıların %43,4'ü AİK hakkında herhangi bir eğitim almıştır. Fakat ancak %15,1'i kendini bu konuda 'yeterli' olarak görmektedir ve %86,1'i bu konuda eğitim almak istemektedir. Buna ek olarak aile hekimliği branşındaki hekimlerin AİK hakkında diğer branşlara göre daha çok eğitim aldığı saptanmıştır. Bu sonuçlar bize eğitim oranlarının düşük olduğunu göstermekle beraber ne kadar yetersiz kaldığını ve tekrarlanması gerektiğini de düşündürmektedir. Bu çalışma sonuçlarına göre; gerek hizmet içi eğitimler gerek fakülte hayatındaki eğitimler olsun çalışmamız sonuçlarında da bariz görülmektedir ki AİK konusundaki eğitimler üzerine çalışmaların sürdürülmesi ve tek bir branş üzerinde değil tüm branşlara yönelik kapsamlı ve yapılandırılmış olarak yapılması özellikle önem arz etmektedir.

## KAYNAKLAR

- 1) Kayaalp. O.: Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. Cilt. 1, 5. Baskı. Feryal Matbaacılık. Ankara. 1989. ss:12-27, 67-182.
- 2) Gündoğar HS ve Kartal SE (2017) Üniversite Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Hakkındaki Görüşleri. Bartın Üniversitesi Eğitim Araştırmaları Dergisi 1(1): 25-34.
- 3) World Health Organization (WHO). The rational use of drugs: report of the Conference of Experts Nairobi, 25-29 November 1985. Geneva: WHO; 1987 [cited 2017 Feb 9]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf>
- 4) Le Grand A, Hogerzeil, HV, & Haaijer-Ruskamp, FM (1999). Intervention research in rational use of drugs: a review. Health policy and planning, 14(2), 89-102.
- 5) World Health Organization (WHO). (2002). Promoting rational use of medicines: core components (No. WHO/EDM/2002.3).
- 6) Holloway K. Rational use of drugs: an overview. Technical briefing seminar. Department of Essential Medicines and Pharmaceutical Policy TBS 2009. Geneva: World Health Organization.
- 7) Holloway K, Dijk VL. Rational Use of Medicines. World Medicines Situation Report. World Health Organization; 2011. Report No. WHO/EMP/MIE/2011.2. [http://www.who.int/medicines/areas/policy/world\\_medicines\\_situation/WMS\\_ch14\\_wRational.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/policy/world_medicines_situation/WMS_ch14_wRational.pdf) .
- 8) Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington (DC): National Academies Press; 2001.
- 9) Ambwani S, & Mathur AK (2006). Chapter–2 Rational drug use. Health administrator, 19(1), 5-7.
- 10) Reppe LA, Spigset O, & Schjøtt, J (2016). Drug information services today: current role and future perspectives in rational drug therapy. Clinical Therapeutics, 38(2), 414-421.

- 11) Holloway KA, Ivanovska V, Wagner AK, Vialle-Valentin C, Ross-Degnan D. Have we improved use of medicines in developing and transitional countries and do we know how to? Two decades of evidence. *Trop Med Int Health* 2013;18(6):656-64. <https://doi.org/10.1111/tmi.12123>
- 12) World Health Organization. The rational use of drugs: report of the Conference of Experts Nairobi, 25-29 November 1985. Geneva: WHO; 1987 [cited 2017 Feb 9]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf>  
» <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf>
- 13) Ackerknecht, EH (2016). *Kısa bir tıp tarihi* . JHU basın.
- 14) Pickstone, Ortak Girişim (2001). *Bilmenin yolları: Yeni bir bilim, teknoloji ve tıp tarihi* . Chicago Üniversitesi Yayınları.
- 15) Poudel A, & Nissen LM (2018). Rational and responsible medicines use. In *Social and administrative aspects of pharmacy in low-and middle-income countries* (pp. 263-277). Academic Press.
- 16) World Health Organization. (2011). *Promoting rational use of medicines* (No. SEA-Drugs-161). WHO Regional Office for South-East Asia.
- 17) Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Dünyada ve Ülkemizde Durum, <http://www.akilciilac.gov.tr/content.php?Id=23>. (İnternet). Erişim Tarihi: 22.07.2023.
- 18) From a suggested dictionary of pharmacoepidemiology by C. Ineke Neutel, University of Ottawa Institute on Health of the Elderly, Research Department, SCO Health Services. 43 Bruyere Street, Ottawa CANADA K1N 5C8.
- 19) Fang H, Harris SC, Liu Z, Zhou G, Zhang G, Xu J, ... & Tong W. (2016). FDA drug labeling: rich resources to facilitate precision medicine, drug safety, and regulatory science. *Drug discovery today*, 21(10), 1566-1570.
- 20) Akılcı A, Uzuner A. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlere Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, Ankara. 2013.
- 21) WHO Policy Perspectives on Medicines; September 2002
- 22) Ergün Y, & Aykan DA. (2019). Akılcı İlaç Kullanımında Genel İlkeler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(1), 19-27.
- 23) Masic I, Miokovic M, Muhamedagic B. Evidence based medicine - new approaches and challenges. *Acta Inform Med*. 2008;16(4):219-25. doi: 10.5455/aim.2008.16.219-225. PMID: 24109156; PMCID: PMC3789163.

- 24) Yevstigneev SV, Titarenko AF, Abakumova, TR., Alexandrova EG, Khaziakhmetova, VN, & Ziganshina, L. E. (2015). Towards the rational use of medicines. *International Journal of Risk & Safety in Medicine*, 27(s1), S59-S60.
- 25) Biller-Andorno N, Lie RK, & Ter Meulen, R. (2002). Evidence-based medicine as an instrument for rational health policy. *Health care analysis*, 10, 261-275.
- 26) World Health Organization (WHO). (2011). *Promoting rational use of medicines* (No. SEA-Drugs-161). WHO Regional Office for South-East Asia.
- 27) The WHO Essential Medicines List (EML): 30th anniversary". World Health Organization. Erişim tarihi: 22.07.2023
- 28) "Essential medicines". *World Health Organization*. (İnternet). Erişim tarihi: 22.07.2023
- 29) World Health Organization (WHO). (2002). *Promoting rational use of medicines: core components* (No. WHO/EDM/2002.3).
- 30) Elwyn G, Coulter A, Laitner S, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. *BMJ*. 2010;341:c5146.
- 31) Coulter A, Ellins J. (2006) Patient-focused Interventions. *A review of the evidence*. Available at: [www.health.org.uk/publication/patient-focused-interventions](http://www.health.org.uk/publication/patient-focused-interventions) (Erişim Tarihi: 22.07.2023)
- 32) Bigdeli M, Peters DH., Wagner AK., & World Health Organization. (2014). Medicines in health systems: advancing access, affordability and appropriate use.
- 33) Oktay Ş. Akılcı ilaç kullanımının genel ilkeleri, *Türk Geriatri Dergisi Özel Sayı 2006*; 15-18.
- 34) Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Akılcı ilaç kullanımının alfabesi. Ankara; 1993.
- 35) Ergün, Y., & Aykan, DA. (2019). Akılcı İlaç Kullanımında Genel İlkeler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(1), 19-27.
- 36) Petersen, A. (2002). Risk, governance and the new public health. In *Foucault, health and medicine* (pp. 189-206). Routledge.
- 37) Passmore, PR, & Kailis, SG. (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.
- 38) Almarsdóttir AB, & Traulsen, JM. (2005). Rational use of medicines—an important issue in pharmaceutical policy. *Pharmacy World and Science*, 27, 76-80.
- 39) Ambwani, S, & Mathur, AK. (2006). Chapter–2 Rational drug use. *Health administrator*, 19(1), 5-7.

- 40) Reppe LA., Spigset, O, & Schjøtt, J. (2016). Drug information services today: current role and future perspectives in rational drug therapy. *Clinical Therapeutics*, 38(2), 414-421.
- 41) Ergün, Y., & Aykan, D.(2019). Akılcı İlaç Kullanımında Genel İlkeler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(1), 19-27.
- 42) Ofori-Asenso R, Agyeman AA. Irrational Use of Medicines-A Summary of Key Concepts. Pharmacy (Basel). 2016 Oct 28;4(4):35. doi: 10.3390/pharmacy4040035. PMID: 28970408; PMCID: PMC5419375.
- 44) Sweileh, WM. (2021). Global research publications on irrational use of antimicrobials: call for more research to contain antimicrobial resistance. *Globalization and Health*, 17(1), 1-12.
- 45) World Health Organization. The rational use of drugs: Report of the Conference of Experts Nairobi, 1985.
- 46) Akıcı A. Serbest eczanelerde ilaç sunumu sürecinde karşılaşılan sorunlar: Akılcı ilaç kullanımı yönünden değerlendirme. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi 2009; 29(1).
- 47) McMillan SS, Kendall E, Sav A, et al. Patient-Centered Approaches to Health Care: A Systematic Review of Randomized Controlled Trials. *Medical Care Research and Review*. 2013;70(6):567-596. doi:[10.1177/1077558713496318](https://doi.org/10.1177/1077558713496318)
- 48) Lavalley DC, Chenok KE, Love RM, et al. Incorporating patient-reported outcomes into health care to engage patients and enhance care. *Health Aff (Millwood)*. 2016;35:575-82. doi:10.1377/hlthaff.2015.1362.
- 49) Berger Z, Flickinger TE, Pfoh E, Martinez KA, Dy SM. Promoting engagement by patients and families to reduce adverse events in acute care settings: a systematic review. *BMJ Qual Saf*. 2014;23:548-55. doi:10.1136/bmjqs-2012-001769.
- 50) Davis RE, Jacklin R, Sevdalis N, Vincent CA. Patient involvement in patient safety: what factors influence patient participation and engagement? *Health Expect*. 2007;10:259-67. doi:10.1111/j.1369-7625.2007.00450.x.
- 51) Howard-Anderson J, Busuttill A, Lonowski S, Vangala S, Afsar-Manesh N. From discharge to readmission: understanding the process from the patient perspective. *J Hosp Med*. 2016;11:407-12. doi:10.1002/jhm.2560.
- 52) Qato DM, Wilder J, Schumm LP, Gillet V, Alexander GC. Changes in Prescription and over-the-counter medication and dietary supplement use among older adults in the United States, 2005 vs 2011. *JAMA Intern Med*. 2016;176:473-82. doi:10.1001/jamainternmed.2015.8581.

- 53) Lee JL, Dy SM, Gurses AP, et al. Towards a More Patient-Centered Approach to Medication Safety. *Journal of Patient Experience*. 2018;5(2):83-87. doi:[10.1177/2374373517727532](https://doi.org/10.1177/2374373517727532)
- 54) Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Social science & medicine*, 51(7), 1087-1110.
- 55) Pulvirenti M, McMillan J, Lawn S. Empowerment, patient centred care and self-management. *Health Expect*. 2014 Jun;17(3):303-10. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00757.x. Epub 2012 Jan 2. PMID: 22212306; PMCID: PMC5060728.
- 56) Stewart MA. (1984). What is a successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social science & medicine*, 19(2), 167-175.
- 57) Hall, JA., & Dornan, MC. (1988). What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Social science & medicine*, 27(9), 935-939.
- 58) Bergeson SC, Dean JD. A Systems Approach to Patient-Centered Care. *JAMA*. 2006;296(23):2848-2851. doi:10.1001/jama.296.23.2848
- 59) Keirns, CC., & Goold, SD. (2009). Patient-centered care and preference-sensitive decision making. *Jama*, 302(16), 1805-1806.
- 60) Özdemir S ve Edirne T. (2018). Hasta-Hekim Yönelim Ölçeği'nin (HHYÖ) Türkçe'ye uyarlanması. *Tıp Eğitim Dünyası*,17(51),21-31.doi: 10.25282/ted.350121
- 61) Neden Akılcı İlaç Kullanımı. Akılcı İlaç Kullanımı. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Sağlık Bakanlığı [İnternet]. [Erişim Tarihi: 10.12.2017] Erişim: [http://www.akilciilac.gov.tr/?page\\_id=81](http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=81)
- 62) Akkurt B. Araştırma Görevlilerinin (Branş) Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları, Aile Hekimliği Anabilim Dalı (Uzmanlık Tezi), Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2016
- 63) Ergin, A., Büyükakın, B., Kortunay, S., & Bozkurt, A. İ. (2014). Pamukkale üniversitesi hastanesi dahili tıp bilimlerinde çalışan araştırma görevlilerinin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve tutumları. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 29-38.
- 64) Kiroğlu O, Berktaş F, Şahan E, & Karataş Y (2018). Araştırma görevlilerinin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve farkındalıkları. *Cukurova Medical Journal*, 43(1), 164-171.
- 65) Bulut B, Akkurt G. Resident doctor (branch) attitude and behaviors about rational drug use. *Ankara Medical Journal*. 2020;20(3):641-652.
- 66) Akıcı A, Uğurlu MÜ, Gönüllü N, Oktay Ş, Kalaça S. Pratisyen hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2002;11(7):253-257.

- 67) Eyüpoğlu A, Ünlüoğlu İ, Bilgin M, & Bilge U. (2018). Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma Görevlisi Hekimlerin Uyku Kalitelerinin ve Uyku Kalitelerine Etki Edebilecek Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 41(4), 304-314.
- 68) Özkan M. Trakya Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesinde alışan araştırma görevlilerinin akılcı ilaç kullanımını ile ilgili bilgi tutum ve davranışları. Uzmanlık Tezi, Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2019.
- 69) Aydiner AH. (2006). *Bursa'daki hekimlerin hasta haklarına yaklaşımı* (Order No. 28740671). Available from ProQuest Dissertations & Theses Global. (2583068782). Retrieved from <https://www.proquest.com/dissertations-theses/bursadaki-hekimlerin-hasta-haklarına-yaklaşımı/docview/2583068782/se-2>
- 70) Dee C, & Blazek R (1993). Information needs of the rural physician: a descriptive study. *Bulletin of the Medical Library Association*, 81(3), 259.
- 71) Kotb AA, Mohamed KA, Kamel MH, Ismail MA, Abdulmajeed AA. Comparison of burnout pattern between hospital physicians and family physicians working in Suez Canal University Hospitals. *Pan Afr Med J*. 2014 Jun 19;18:164. doi: 10.11604/pamj.2014.18.164.3355. PMID: 25422682; PMCID: PMC4239452.
- 72) Mollahaliloğlu S. Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarında Yazılan Reetelerin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2000.
- 73) Tai-Seale M, Olson, CW, Li J, Chan, AS, Morikawa C, Durbin M, & Luft HS. (2017). Electronic health record logs indicate that physicians split time evenly between seeing patients and desktop medicine. *Health affairs*, 36(4), 655-662.
- 74) Tai-Seale M, McGuire TG, Zhang W. Time allocation in primary care office visits. *Health Serv Res*. 2007 Oct;42(5):1871-94. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00689.x. PMID: 17850524; PMCID: PMC2254573.
- 75) Konrad TR, Link CL, Shackelton RJ, Marceau LD, von dem Knesebeck O, Siegrist J, Arber S, Adams A, McKinlay JB. It's about time: physicians' perceptions of time constraints in primary care medical practice in three national healthcare systems. *Med Care*. 2010 Feb;48(2):95-100. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181c12e6a. PMID: 20057331; PMCID: PMC3621071.
- 76) Sturm R. Effect of managed care and financing on practice constraints and career satisfaction in primary care. *J Am Board Fam Pract*. 2002;15(5):367-377.
- 77) Lewis TP, McConnell M, Aryal A, Irimu G, Mehata S, Mrisho M, & Kruk ME. (2023). Health service quality in 2929 facilities in six low-income and middle-income countries: a positive deviance analysis. *The Lancet Global Health*, 11(6), e862-e870.

- 78) Prato, G. B. (2023). Health Inequalities and Ethics of Responsibility: A Comparative Ethnography. In *The Legitimacy of Healthcare and Public Health: Anthropological Perspectives* (pp. 19-43). Cham: Springer International Publishing.
- 79) Koçoğlu, M. (2021). Asistan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanım Ve Hasta Merkezli Yaklaşım Özellikleri Ve Hasta Merkezli Yaklaşımın Akılcı İlaç Kullanım Üzerine Etkisinin Araştırılması. Aile Hekimliği Anabilim Dalı (Uzmanlık Tezi), Elazığ: Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2021
- 80) Ofori-Asenso R, Agyeman AA. Irrational Use of Medicines-A Summary of Key Concepts. *Pharmacy* (Basel). 2016 Oct 28;4(4):35. doi: 10.3390/pharmacy4040035. PMID: 28970408; PMCID: PMC5419375.
- 81) Ofori-Asenso R, & Agyeman, AA. (2016). Irrational use of medicines—a summary of key concepts. *Pharmacy*, 4(4), 35.
- 82) Sweileh, WM (2021). Global research publications on irrational use of antimicrobials: call for more research to contain antimicrobial resistance. *Globalization and Health*, 17(1), 1-12.
- 83) Akıcı A, Uğurlu MÜ, Gönüllü N, Oktay Ş, & Kalaça, S. (2002). Pratisyen hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Sted*, 11(7), 253-257.
- 84) Kokaçya, SH, Erdem M, & Tiryaki ÜM. (2020). Akılcı İlaç Kullanımı: Hatay'da Aile Hekimlerinin Bilgi ve Davranışları. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(4), 184-195.
- 85) Ergin A, Büyükakın, B, Kortunay S, & Bozkurt Aİ. (2014). Pamukkale üniversitesi hastanesi dahili tıp bilimlerinde çalışan araştırma görevlilerinin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve tutumları. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 13(40), 29-38.
- 86) Harrabi I, Rahmani S, Gaha, R, & Ghannem H (2002). Circulation of pharmaceutical information among general practitioners in the region of Sousse (Tunisia). *Therapie*, 57(3), 229-235.
- 87) Han WH, Maxwell SR. Are medical students adequately trained to prescribe at the point of graduation? Views of first year foundation doctors. *Scott Med J* 2006;51(4):27-32
- 88) De Vries TP, Daniels JM, Mulder CW, Groot OA, Wewerinke L, Barnes KI et al. Should medical students learn to develop a personal formulary? *Eur J Clin Pharmacol*. 2008;64: 641-6.
- 89) Tiftik R, Kıroğlu O, Berktaş, F, İsmail ÜN, & Karataş Y. (2021). Mersin Üniversitesi Hastanesi'nde çalışan araştırma görevlilerinin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve yaklaşımları. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 65-76.
- 90) Yağar F, Soysal A. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili hastane uygulamalarının değerlendirilmesi: asistan hekimler örneği. *Int Journal of Management Economics and Business* 2018; 14(1): 82- 96.
- 91) Peköz, Ö. Araştırma Görevlilerinin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutum Ve Davranışları. Aile Hekimliği Anabilim Dalı (Uzmanlık Tezi), İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018

- 92) Hassan NAGM, Abdulla AA, Bakathir HA, Al-Amoodi AA, Aklan AM, TPGM de Vries. The impact of problem based pharmacotherapy training on the competence of rational prescribing of Yemen undergraduate students. *Eur J Clin Pharmacol.* 2000; 55: 873-876.
- 93) Kıroğlu O, Berktaş F, Şahan E, Karataş Y. Bilgi ve tutumlarakılı ilaç kullanımı konusunda araştırma görevlilerinin Çukurova Med J.2018;43(1):164–71.
- 94) Wang J, Zou R, Fu H, Qian H, Yan Y, & Wang, F. (2017). Measuring the preference towards patient-centred communication with the Chinese-revised Patient–Practitioner Orientation Scale: a cross-sectional study among physicians and patients in clinical settings in Shanghai, China. *BMJ open*, 7(9), e016902.
- 95) Tutarel-Kışlak Ş ve Çabukça F. (2002). Empati ve demografik değişkenlerin evlilik uyumu ile ilişkisi. *Aile ve Toplum Dergisi*, 2(5), 40-46
- 96) Franzoi SL, Davis MH and Young RD.(1985).The effects of private self-consciousness and perspective taking on satisfaction in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(6), 1 584-1 594.
- 97) Teke AK, Cengiz E, Demir C. Hekimlerin empatik özelliklerinin ölçümü ve bu ölçümlerin demografik değişkenlere göre değişimi. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2010; 19(3): 509-520
- 98) Krupat E, Rosenkranz, SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam, SM., & Inui TS. (2000). The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor–patient congruence on satisfaction. *Patient education and counseling*, 39(1), 49-59.
- 99) Ryan R, Hill S. Making rational choices about how best to support consumers’ use of medicines: a perspective review. *Therapeutic Advances in Drug Safety.* 2016;7(4):159-164. doi:10.1177/2042098616651198

## **EK 2: Veri Toplama Formu**

### **Sosyodemografik Anket Formu**

#### **1. Cinsiyetiniz:**

- 1) Kadın
- 2) Erkek

#### **2. Yaşınız:**

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

#### **3. Medeni durumunuz:**

- 1) Bekar
- 2) Evli
- 3) Diğer (Eşi vefat etmiş, Boşanmış)

**4. Mezuniyet sonrası geçen süreniz?**

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

**5. Asistanlıkta kaçınıcı yılınız?**

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

**6. Geçmiş yıllarda başka sağlık kuruluşunda çalıştınız mı?**

- 0) Hayır
- 1) Evet

**7. Kaç yıldır aktif doktor olarak çalışıyorsunuz?**

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

**8. Branşınız?**

.....

**Akılcı İlaç Kullanımı Hekim Boyutu Araştırmasına Yönelik Anket Formu**

**1. Günlük ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?**

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

**2. Hastanızı muayene edip, tanı koyduktan sonra tedavisini düzenlemek için ortalama ne kadarlık bir süre ayırıyorsunuz?**

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

**3. Günlük başvuran hastaların yaklaşık yüzde kaçına reçete yazıyorsunuz?**

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

**4. Reçetelerinizde ortalama kaç kalem ilaç yer almaktadır?**

- 1) 1
- 2) 2
- 3) 3
- 4) 4
- 5) 4'ten fazla

**5. Hastalarınıza ortalama olarak kaç dakika ayırıyorsunuz?**

..... Dakika

**6. Hastalarınıza adlarıyla hitap ediyor musunuz?**

- 1) Her Zaman
- 2) Genellikle
- 3) Bazen
- 4) Nadiren
- 5) Hiçbir Zaman

**7. Hastalarınızı muayene etmeden şikayetlerine göre ilaç yazıyor musunuz?**

- 1) Her Zaman
- 2) Genellikle

- 3) Bazen
- 4) Nadiren
- 5) Hiçbir Zaman

**8. Hastalar tarafından talep edilen (hastanın önceden kullandığı, eczaneden aldığı vb.) ilaçları reçete ediyor musunuz?**

- 1) Her Zaman
- 2) Genellikle
- 3) Bazen
- 4) Nadiren
- 5) Hiçbir Zaman

**9. Reçeteye yazdığınız ilaçlar hakkında hastanıza bilgi veriyor musunuz?**

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

**10. Sık karşılaştığınız hastalıklar için oluşturduğunuz kişisel tedavileriniz var mı?**

- 0) Hayır
- 1) Evet

**11. Daha önce hiç akılcı ilaç kullanımı eğitimi aldınız mı?**

- 0) Hayır
- 1) Evet

**12. Sizce akılcı ilaç kullanımı nedir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Hastaya etkili ilaç yazılması
- 2) Hastaya güvenli ilaç yazılması
- 3) Hastaya uygun ilaç yazılması
- 4) Hastaya uygun maliyetli ilaç yazılması
- 5) Uygun dozda ilaç yazılması
- 6) Uygun süre ilaç kullanımı
- 7) Diğer (.....)

**13. İlaç seçerken dikkate aldığınız kriterler nelerdir? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Etkililik
- 2) Güvenlilik
- 3) Uygunluk
- 4) Maliyet
- 5) Biyoyararlılık
- 6) Endikasyon

**14. Hastanıza ilaç yazarken çeşitli bilgi kaynaklarından yararlanır mısınız?**

- 0) Hayır (24. soruya geçiniz)
- 1) Evet

**15. İlaçlarla ilgili bilgi kaynağı olarak aşağıdakilerden hangilerini kullanıyorsunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)**

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

**16. En sık reçete ettiğiniz ilaç grubu nedir? (Lütfen tek bir cevap belirtiniz)**

.....

**17. Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyiniz sizce nasıl?**

- 1) Hiç yeterli değilim
- 2) Yetersizim
- 3) Orta
- 4) Yeterliyim
- 5) Çok yeterliyim

**18. Hastalarınıza yazdığınız ilaçları nasıl kullanacağını tekrar ettirir misiniz?**

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

**19. Yazdığınız ilaçlarla hastalarınızın tedavi sürecini izliyor musunuz? (Yalnız bir seçenek işaretleyiniz)**

- 1) Evet tüm hastalarımı yakından takip ederim
- 2) Sıklıkla özellikle ek hastalığı varsa
- 3) Sadece özel dikkat gerektiren ilaç reçete ettiğimde
- 4) Diğer.....

**20. Sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payı hakkında ne düşünüyorsunuz?**

- 0) Fikrim yok
- 1) Düşük
- 2) Normal
- 3) Yüksek
- 4) Çok yüksek

**21. Sağlık bakanlığının akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalarından haberdar mısınız?**

- 0) Hayır
- 1) Evet

**22. Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak ister misiniz?**

- 0) Hayır (Lütfen 32.soruya geçiniz)
- 1) Evet

**23. Bu eğitimin hangi kuruluşlarca verilmesini tercih edersiniz? (Birden fazla işaretleyebilirsiniz)**

- 1) Sağlık bakanlığı
- 2) Tabip odası
- 3) İlaç firması
- 4) Yazılı ya da görsel basın

5) Diğer.....

**24. Akılcı ilaç kullanımını farkındalığı oluşturmak için sizce ne yapılabilir?**

- 1) Tıp fakültelerinde zorunlu eğitim/ders
- 2) Asistanlık sürecinde tekrarlanan eğitimler
- 3) Uzmanlıkta veya sahada çalışırken düzenlenecek hizmet içi eğitim programları
- 4) Online eğitim
- 5) Diğer.....

**Hasta-Hekim Yönelim Ölçeği**

**1. Muayene sırasında neyin konuşulacağına hekim karar vermelidir.**

- 1) Kesinlikle katılıyorum
- 2) Katılıyorum
- 3) Az da olsa katılıyorum
- 4) Az da olsa katılmıyorum
- 5) Katılmıyorum
- 6) Kesinlikle katılmıyorum

**2. Günümüzde sağlık hizmetlerinin birey merkezli olmaktan uzaklaşması, tıp alanındaki ilerlemeler için ödenmesi gereken küçük bir bedeldir.**

- 1) Kesinlikle katılıyorum
- 2) Katılıyorum
- 3) Az da olsa katılıyorum
- 4) Az da olsa katılmıyorum
- 5) Katılmıyorum
- 6) Kesinlikle katılmıyorum

**3. Hastalar hekimlerine güvenmeli ve kendi başlarına sağlık durumları hakkında bilgi edinmeye çalışmamalıdır.**

- 1) Kesinlikle katılıyorum
- 2) Katılıyorum
- 3) Az da olsa katılıyorum

- 4) Az da olsa katılmıyorum
- 5) Katılmıyorum
- 6) Kesinlikle katılmıyorum

**4. Hekimler hastalarına özgeçmişleri hakkında çok soru sorduklarında, onların özel hayatına gereğinden fazla karışmış olurlar.**

- 1) Kesinlikle katılıyorum
- 2) Katılıyorum
- 3) Az da olsa katılıyorum
- 4) Az da olsa katılmıyorum
- 5) Katılmıyorum
- 6) Kesinlikle katılmıyorum

**5. Eğer hekim tanı ve tedavide gerçekten iyi ise, hasta ile nasıl bir ilişki kurduğunun bir önemi kalmaz.**

- 1) Kesinlikle katılıyorum
- 2) Katılıyorum
- 3) Az da olsa katılıyorum
- 4) Az da olsa katılmıyorum
- 5) Katılmıyorum
- 6) Kesinlikle katılmıyorum

**6. Pek çok hasta yeni bir şey öğrenmiyor olsa bile soru sormaya devam eder.**

- 1) Kesinlikle katılıyorum
- 2) Katılıyorum
- 3) Az da olsa katılıyorum
- 4) Az da olsa katılmıyorum
- 5) Katılmıyorum
- 6) Kesinlikle katılmıyorum

**7. Hekimler hastalara kendileri ile eşit güç ve konumda olan biri gibi davranmalıdırlar.**

- 1) Kesinlikle katılıyorum
- 2) Katılıyorum

- 3) Az da olsa katılıyorum
- 4) Az da olsa katılmıyorum
- 5) Katılmıyorum
- 6) Kesinlikle katılmıyorum

**8. Hastalar genellikle sağlıkları hakkında bilgi verilmesi yerine, iyi olduklarına dair güvence verilmesini isterler.**

- 1) Kesinlikle katılıyorum
- 2) Katılıyorum
- 3) Az da olsa katılıyorum
- 4) Az da olsa katılmıyorum
- 5) Katılmıyorum
- 6) Kesinlikle katılmıyorum

**9. Hastalarına karşı açık sözlü ve samimi davranan hekimler genelde başarılı olamazlar.**

- 1) Kesinlikle katılıyorum
- 2) Katılıyorum
- 3) Az da olsa katılıyorum
- 4) Az da olsa katılmıyorum
- 5) Katılmıyorum
- 6) Kesinlikle katılmıyorum

**10. Hastanın hekimi ile hemfikir olmaması, ona güven ve saygı duymadığının bir göstergesidir.**

- 1) Kesinlikle katılıyorum
- 2) Katılıyorum
- 3) Az da olsa katılıyorum
- 4) Az da olsa katılmıyorum
- 5) Katılmıyorum
- 6) Kesinlikle katılmıyorum

**11. Hastanın yaşam tarzı ve değerleri ile uyuşmayan tedavi planı başarılı olamaz.**

- 1) Kesinlikle katılıyorum

- 2) Katılıyorum
- 3) Az da olsa katılıyorum
- 4) Az da olsa katılmıyorum
- 5) Katılmıyorum
- 6) Kesinlikle katılmıyorum

**12. Hasta yetkinin her zaman hekimin elinde olduğunu farkında olmalıdır.**

- 1) Kesinlikle katılıyorum
- 2) Katılıyorum
- 3) Az da olsa katılıyorum
- 4) Az da olsa katılmıyorum
- 5) Katılmıyorum
- 6) Kesinlikle katılmıyorum

**13. Hastayı tedavi etmek için onun kültürel altyapısını ve geçmişini bilmek o kadar da önemli değildir.**

- 1) Kesinlikle katılıyorum
- 2) Katılıyorum
- 3) Az da olsa katılıyorum
- 4) Az da olsa katılmıyorum
- 5) Katılmıyorum
- 6) Kesinlikle katılmıyorum

**14. Hastaların kendi başlarına tıbbi bilgiler edinmeleri, genellikle yardımcı olmaktan çok onların kafalarını karıştırır.**

- 1) Kesinlikle katılıyorum
- 2) Katılıyorum
- 3) Az da olsa katılıyorum
- 4) Az da olsa katılmıyorum
- 5) Katılmıyorum
- 6) Kesinlikle katılmıyorum

### EK 3: Hasta-Hekim Yönelim Ölçeği İzni



Serdar Ozdemir

Alıcı: ben ▼

15 Ağustos Sal 13:00

Merhabalar.

Hasta-Hekim Yönelim Ölçeği Türkçe Uyarlama çalışmamızı kendi araştırmanızda kullanabilirsiniz.

Kolaylıklar dilerim.

15 Ağu 2023 Sal, saat 10:51 tarihinde Rahmi Çelik <[rahmi5663@gmail.com](mailto:rahmi5663@gmail.com)> şunu yazdı:



#### **EK 4: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu**

1. Araştırmanın adı: S.B.Ü. İzmir Tıp Fakültesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesinde Çalışan Asistan Hekimlerin İn Akılcı İlaç Kullanım Ve Hasta Merkezli Yaklaşım Hakkında Bilgi Düzeyleri
2. Bu bir uzmanlık tezi anket çalışmasıdır.
3. Bu araştırmada S.B.Ü. İzmir Tıp Fakültesi Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışan asistan hekimlerin akılcı ilaç kullanım ve hasta merkezli yaklaşım hakkında bilgi düzeylerini ölçmek, birbirleriyle olan ilişkisini ve bunları etkileyen faktörleri saptamak amaçlanmıştır.
4. Araştırmada girişimsel herhangi bir işlem uygulanmayacaktır.
5. Araştırmada herhangi bir laboratuvar tetkiki yapılmayacaktır.
6. Araştırma gönüllü için herhangi bir risk teşkil etmemektedir.
7. Katılımcılara tazminat(sigorta) sağlanmayacaktır.
8. Katılımcılara ödeme yapılmayacaktır.
9. Araştırmada 1 adet anket formu doldurmanız istenecektir.
10. Araştırmaya katılım isteğe bağlıdır. Araştırmaya katılan kişi istediği zaman

herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hak kaybetmeksizin araştırmadan çekilebilir.

11. Araştırmada bilgileriniz gizli tutulacak ve kamuoyuna açıklanmayacaktır.
12. Araştırma, kendi haklarınız veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmek için temasa geçebileceğiniz kişi: Dr. Rahmi ÇELİK Telefon:05447175663
13. Araştırma SBÜ İzmir Tıp Fakóltesi Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ndeki Aile Hekimliği, Genel Dahiliye, Pediatri ve Kadın ve Doğum Hastalıkları bölümlerinden hekimlere uygulanacaktır.
14. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.
15. Gönüllünün adı / soyadı / imzası / tarih:
16. Araştırmacının adı / soyadı / imzası / tarih:
17. Arş.Gör. Dr. Rahmi ÇELİK