



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



AİLE HEKİMLİĞİNDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI  
VE POLİFARMASİYE YAKLAŞIM

Dr. Başak BEGGİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

ANTALYA, 2018



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



**AİLE HEKİMLİĞİNDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI  
VE POLİFARMASİYE YAKLAŞIM**

**Dr. Başak BEGGİ**

**Tez Danışmanı**

**Uzm. Dr. Zeynep AŞIK**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**

**ANTALYA, 2018**

## TEŞEKKÜR

Asistanlık eğitimimde hekimlik deneyimini, değerli bilgilerini paylaşmanın yanında her zaman cesaret veren sözleri, gülen yüzüyle hayatıma kattığı her şey için sevgili hocam, tez danışmanım Uzm. Dr. Zeynep AŞIK'a, uzmanlık eğitimimin ilk gününden itibaren mesleki bilgisini ve her türlü desteğini esirgemeyen sayın hocam Uzm. Dr. Mehmet ÖZEN'e saygılarımı sunar ve çok teşekkür ederim. Fikirlerini ve deneyimlerini bizlerle paylaşan Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki Doç. Dr. Melahat AKDENİZ hocama, bu süre boyunca bir ekip olarak çalıştığımız Uzm. Dr. Ramazan VURAL, Uzm. Dr. Remziye Nur EKE ve Uzm. Dr. Mustafa Özcan ÖZ'e de teşekkür ederim.

Rotasyonlarım süresince hekimlik tecrübeleri ve insani değerleri ile bana çok kıymetli katkılarda bulunan başta Doç. Dr. Ayhan Hilmi ÇEKİN olmak üzere, kliniklerinde rotasyonlarımı tamamladığım; Doç. Dr. Aysel DERBENT UYSAL, Prof. Dr. Şakir ARSLAN, Doç. Dr. Doğa TÜRKKAHRAMAN, Doç. Dr. Metin SARIKAYA, Doç. Dr. İbrahim ASLAN ve Doç. Dr. Mehmet Tahir ORUÇ'a, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki değerli hocam; Prof. Dr. Mehmet Murat KULOĞLU'na ve Alanya Başkent Üniversitesi Hastanesi'ndeki değerli hocam Doç. Dr. Hüseyin LAKADAMYALI'ya saygılarımı sunar çok teşekkür ederim.

Birlikte geçirdiğim her günü dostlukları ile güzelleştiren, zenginleştiren asistan arkadaşlarıma ve ekibimizde bulunan diğer çalışan arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

Tüm hayatım boyunca her daim yanımda olan, desteğini hiç eksik etmeyen kıymetli anneme ve aileme sonsuz teşekkür ederim.

**Dr. Başak BEGGİ**

Antalya, 2018

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
KISALTMALAR .....	iii
TABLOLAR .....	iv
ŞEKİLLER.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	3
2.1. AKILCI İLAÇ KULLANIM İLKELERİ.....	3
2.1.1. Doğru Tamı Koyma .....	3
2.1.2. Tedavinin Belirlenmesi.....	4
2.1.3. Reçete Düzenlenmesi ve Hasta Bilgilendirilmesi.....	4
2.1.4. Tedavinin Takibi.....	4
2.2. ANTİBİYOTİKLERİN AKILCI KULLANIMI.....	10
2.3. AĞRI KESİCİLERİN AKILCI KULLANIMI .....	12
2.4. VİTAMİN VE MİNERALLERİN AKILCI KULLANIMI .....	14
2.5. TAKVİYE GIDALARA AKILCI YAKLAŞIM.....	14
2.6. POLİFARMASİ .....	17
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	20
4. BULGULAR .....	21
5. TARTIŞMA .....	58
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER .....	77
KAYNAKLAR .....	81
ÖZGEÇMİŞ .....	88
EKLER.....	89

## KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AİK	: Akılcı ilaç kullanımı
AOİK	: Akılcı olmayan ilaç kullanımı
ASM	: Aile sağlığı merkezi
DM	: Diyabetes mellitus
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EFSA	: European Food Safety Authority
GFR	: Glomerüler filtrasyon hızı
GİS	: Gastrointestinal sistem
HT	: Hipertansiyon
ISF	: International Sports Federations
IOC	: International Olympic Committee
MVMM	: Multivitamin - multimineral
NSAİİ	: Nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar
OECD	: Organization for Economic Co-operation and Development
PG	: Prostaglandin
RBS	: Reçete Bilgi Sistemi
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
SS	: Standart sapma
SWEOLD	: Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old
TİTCK	: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
WADA	: World Anti-Doping Agency
WHO	: World Health Organization

## TABLolar

Tablo 4.1. Hastaların demografik özellikleri .....	22
Tablo 4.2. Hastaların ilaç kullanım bilgileri .....	25
Tablo 4.3. Hastaların bitkisel veya alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları .....	27
Tablo 4.4. Hastalandığında doktora gitme durumuna göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması .....	28
Tablo 4.5. Eczaneye gitme durumuna göre demografik özellikleri .....	29
Tablo 4.6. Diğer sağlık personeline danışma durumuna göre demografik özellikleri.....	30
Tablo 4.7. Tanıdıklarına veya akrabalarına danışmalarına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması .....	31
Tablo 4.8. Hastalandığında evdeki ilaçlardan kullanma durumuna göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	32
Tablo 4.9. Hastalandığında bitkisel ilaç kullanma durumuna göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması .....	33
Tablo 4.10. Reçete edilen ilaçları kullanımına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması .....	34
Tablo 4.11. Evde ilaç bulundurma durumlarına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması .....	35
Tablo 4.12. Evde antibiyotik bulundurma durumlarına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması .....	36
Tablo 4.13. Hekime danışmadan ilaç alma durumlarına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması .....	37
Tablo 4.14. Kronik hastalık varlığına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması .....	38
Tablo 4.15. Hipertansiyon varlığına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması .....	39
Tablo 4.16. Diyabet varlığına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması .....	40
Tablo 4.17. Anemi varlığına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması .....	41

Tablo 4.18. Guatr varlığına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	42
Tablo 4.19. Kanser varlığına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması .....	43
Tablo 4.20. Depresyon varlığına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması ...	44
Tablo 4.21. Bitkisel ilaçları tedavi amaçlı kullanmasına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	45
Tablo 4.22. Alternatif tıp yöntemlerini tedavi amaçlı kullanmasına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması.....	46
Tablo 4.23. Kronik hastalık varlığına göre hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanım durumları .....	47
Tablo 4.24. Hipertansiyon varlığına göre hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanımları.....	48
Tablo 4.25. Diyabet varlığına göre hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanımları.....	49
Tablo 4.26. Anemi varlığına göre hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanımları.....	50
Tablo 4.27. Guatr varlığına göre hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanımları.....	51
Tablo 4.28. Kanser varlığına göre hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanımları.....	52
Tablo 4.29. Depresyon varlığına göre hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanımları.....	53
Tablo 4.30. Bitkisel ilaçları tedavi amaçlı kullanmasına göre hastaların izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanımları.....	54
Tablo 4.31. Alternatif tıp yöntemlerini tedavi amaçlı kullanmasına göre hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanımları .....	55
Tablo 4.32. Hastaların bitkisel ilaçları tedavi amaçlı kullanmasına göre kronik hastalıklarının varlığı.....	56
Tablo 4.33. Hastaların alternatif tıp yöntemlerini tedavi amaçlı kullanmasına göre kronik hastalıklarının varlığı .....	57

## ŞEKİLLER

Şekil 4.1. Hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler.....	23
Şekil 4.2. Hastaların kronik hastalıklarının dağılımı .....	23
Şekil 4.3. Düzenli kullanılması gereken ilaçların varlığı.....	24
Şekil 4.4. Evde bulundurulmuş ilaç türleri .....	24
Şekil 4.5. Hekime danışmadan ilaç satın alma durumları.....	26
Şekil 4.6. Hekime danışmadan alınan ilaç türleri .....	26
Şekil 4.7. Hekime danışmadan ilaç alındığında dikkat edilen faktörler .....	27



## ÖZET

### Aile Hekimliğinde Akılcı İlaç Kullanımı Ve Polifarmasiye Yaklaşım

**Giriş ve Amaç:** Yeni bulunan ilaçlar doktorların tedavilerini değiştirmektedir. Sonuç olarak da akılcı ilaç kullanım (AİK) kavramı ortaya çıkmaktadır. Birinci amacımız aile hekimliği polikliniklerindeki hastaların akılcı ilaç kullanım ilkelerine uyumlarının belirlenmesidir.

İkinci amaç ise hastaların en sık kullandığı ilaçları, reçeteli, reçetesiz ilaç kullanma alışkanlıkları ile tedaviye uyum oranları ve bunu etkileyen faktörleri belirlemektir.

**Gereç Ve Yöntem:** Çalışmamıza 01.07.2017-30.09.2017 tarihleri arasında katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzeri 400 kişiye toplam 22 soru, yüz yüze anket doldurma şeklinde sorulmuştur.

Çalışmada tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde ve ortalama±standart sapma değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Fisher's Exact Test veya Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Analizler SPSS 20.0 paket programı ile yapılmıştır. 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Katılımcılar hastalandığında; %79,5'i doktora başvurmuştur. Evdeki ilaçları %38,5'i, bitkisel ilaçları %45,2'si tedavi amacıyla kullanmaktadır.

Hastalandığında doktora başvurma durumu ile yaş, cinsiyet, medeni hal, öğrenim durumları, meslek grupları, sağlık güvencesi varlığı karşılaştırılmıştır. P değerleri sırası ile; 0,046, 0,037, <0,001, 0,017, <0,001, <0,001 olarak tespit edilmiştir. Evde antibiyotik bulunduranlar yaş grupları ile karşılaştırılmıştır. İstatistiksel olarak yaş grupları arasında anlamlı fark vardır (p=0,042).

Hekime danışmadan ilaç kullanan kişiler yaş gruplarına, öğrenim durumlarına, meslek gruplarına göre kıyaslanmıştır. P değerleri sırasıyla; 0,009, 0,002, 0,022'dir.

**Sonuç Ve Öneriler:** Katılımcıların çoğu hastalandıklarında öncelikle doktora başvurmuştur. Hastaların akılcı ilaç kullanım ilkelerine uymalarını sağlamak için hekim, yardımcı sağlık personeli, eczacı, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastanın kendisi görev ve sorumluluklarını yerine getirmelidir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile hekimliği, akılcı ilaç kullanımı, polifarmasi, reçetesiz ilaç.

## ABSTRACT

### **Rational Drug Use And Polypharmacy Approach In Family Medicine**

**Introduction and Objective:** The new found drugs change doctors' treatment. As a result, notion of rational drug use (RDU) emerges.

Our first aim is to determine compliance of patients in family medicine clinics to rational drug use principles. Second goal is to learn the most commonly used drugs and to determine prescription and non-prescription drug use, treatment compliance and affecting factors.

**Material and Method:** In this study, 400 people aged 18 and over who accepted participating between 01.07.2017-30.09.2017 was asked to fill face to face survey which has 22 questions.

In study, descriptive statistics are presented in terms of number, percentage and mean  $\pm$  standard deviation. Fisher's Exact Test or Pearson Chi-square test was used to analyze relations between categorical variables. Analyzes were made with SPSS 20.0 package program. P values less than 0.05 were considered statistically significant.

**Findings:** When participants are sick; 79.5% of them apply their doctor. 38.5% of them use medicines at home, 45.2% of them use herbal medicines for treatment.

Compared that situation of sick people who refer to doctor with their age, gender, marital status, educational status, occupational groups, and health insurance status. P values are in turn; 0.046, 0.037, <0.001, 0.017, <0.001, <0.001 identified. People who keep antibiotics at home were compared with age groups. There was a statistically significant difference between age groups ( $p = 0.042$ ).

People use medicine without consulting to doctor was compared according to age groups, educational status, and occupational groups. P values are respectively; 0.009, 0.002, 0.022.

**Conclusion and Suggestions:** Most of participants firstly prefer to a doctor when they are sick. In order to make patients comply with rational drug use guidelines, physician, assistant health personnel, pharmacist, health care providers and patient himself or herself must fulfill duties and responsibilities.

**Key Words:** Family medicine, rational drug use, poly-pharmacy, non-prescription medicine.

## 1. GİRİŞ VE AMAÇ

İlaç sektörü her geçen gün değişen ve gelişen dinamik bir sektördür. Teknoloji ve tıbbi yöntemlerdeki gelişmelerle birlikte yeni ilaçlar da kullanıma girmektedir. Artmış ilaç miktarı, kişilerin reçeteli veya reçetesiz ilaçlara ulaşmalarının kolaylaşması ilaçların etkin şekilde nasıl kullanılması gerektiği sorusunu ve akılcı ilaç kullanımı (AİK) kavramını ortaya çıkarmaktadır.

Akılcı ilaç kullanımı ilk kez Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 1985 yılında Nairobi’de düzenlenen bir toplantıda “hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları, kişisel gereksinimlerini karşılayan dozlarda, yeterli bir süre boyunca, kendilerine ve topluma en az maliyet ile kullanmaları” olarak tanımlanmıştır. Bu tanımda yer alan maddelerden birinin veya birkaçının karşılanmaması durumu akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) olarak kabul edilmektedir (1).

İlaçların uygunsuz şekilde kullanımı yaygın görülen bir halk sağlığı problemidir. Uygunsuz ilaç kullanımı ilaç etkileşimlerine, bazı ilaçlara direnç gelişmesine, hastanın tedaviye uyumunun azalmasına, hastalıkların tekrarlamasına veya uzamasına, tedavi maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır. Bu sorunların gelişmesini engellemek için akılcı ilaç kullanımı gelişmiş ülkelerde değişik şekillerde yapılan ve geçerli olan bir uygulamadır. Polifarmasi ise minimum dört-beş ilacın aynı anda kullanılmasıdır. Uygunsuz ilaç kullanımları hastaların iyileşememelerine, ilaç yan etkilerine maruz kalmalarına, mevcut hastalıklarının ilerlemesine neden olabilmektedir. Bu durum gereğinden fazla ilaç kullanımı için de gereken ilaçların kullanılmamasında da geçerlidir. Ancak dikkat çekici olan bir nokta polifarmasinin her zaman uygunsuz ilaç kullanımı anlamına gelmeyeceğidir. Polifarmasi bazı durumlarda özellikle yaşlı hastalarda tıbbi gereklilik de olabilir. DSÖ yaşlılığı 65 yaş ve üzeri olarak kabul etmekte ve toplum yaşlanmasının en önemli göstergelerinden biri olan doğumda beklenen yaşam süresinin ortalama değerinin geçen yüzyıla göre Dünya genelinde arttığını bildirmektedir (2). Yaşlı nüfusundaki artışa bağlı olarak kronik hastalıkların tedavilerindeki çoklu ilaç kullanımları hem halk sağlığı açısından hem de sağlık giderlerindeki artış nedeniyle önemli bir ekonomik sorun haline gelmektedir.

İlaç kullanımındaki hataları düzeltmek için doktor, eczacı ve diğer sağlık personelinin yanında hastanın da rolü önemlidir. Hastanın akılcı ilaç kullanımını sağlamak için en önemli basamak doktorun hastayı yeterince bilgilendirmesi ve hastanın buna uygun davranmasıdır.

Hastalar reçetesiz de birçok ilaca erişebilmektedir. Bu yüzden eczacılar AİK'nin önemli bir parçasıdır. Hastaların bilinçsizce ilaç alımını önlemek bu aşamada eczacılara düşmektedir. Hastayı doğru yönlendirdikleri takdirde gereksiz ve yanlış ilaç kullanımının önüne geçilebilir.

Yapılan birçok çalışmada insanların hastalıkları ile ilgili çevresindeki tanıdıklarına ve akrabalarına danıştıkları ve onların yönlendirmesine göre ilaç kullandıkları görülmüştür. Bunun yanında da sosyal medya, televizyon ve İnternette de birçok konuda çok fazla yanlış bilgi yer almaktadır. Bu da hastaların tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir.

Aile hekimleri hastaların çoğunlukla ilk başvuru noktasıdır. Aile hekimlerinin doğru tanı koymaları ve tedavileri düzenlemelerinin yanında hastalarla iyi, etkili bir iletişim kurarak tedavilerinin onlara açık şekilde anlatılması hastaları ve netice olarak tüm toplumu AİK konusunda bilinçlendirebilir.

Araştırmadaki birinci amaç aile hekimliği polikliniklerinde takip edilen hastaların akılcı ilaç kullanımına ne ölçüde dikkat ettiğinin belirlenmesidir. Bu amaçla hastalara konuya ilişkin araştırma soruları sorulup, ardından konu ile ilgili bilgilendirme yapılmıştır. Böylece araştırmaya katılan kişilerde konuyla ilgili farkındalığın artırılması planlanmıştır. İkinci amaç ise aile hekimliğinde takip edilen hastaların en fazla hangi ilaçları kullandıkları, reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanma alışkanlıkları, tedaviye uyum oranları ve bu durumları etkileyen faktörleri belirlemektir.

Başta antibiyotikler olmak üzere ağrı kesici ilaçlar, vitamin takviyeleri ve metabolik ilaçların uygun olmayan kullanımı çok yaygın olarak görülmektedir. Akılcı ilaç kullanımı konusunda farkındalığın artırılması ve davranış değişikliğinin sağlanması tüm bu problemlerin çözümünde önemli bir yer tutar. Araştırmaya dahil edilen katılımcılara akılcı ilaç kullanımı ile ilgili kısa bir eğitim verilmesi ve konuya ilişkin farkındalığın artırılması araştırmanın hedefleri arasındadır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

Tarihin ilk zamanlarından günümüze kadar insanlar hastalıklar karşısında farklı tedavi yöntemleri denemişlerdir. İlkel dönemlerde hastalıkların büyüyle, kötü ruhla ilişkili olduğu düşünülüp büyücüler tarafından tedaviler uygulanmaya çalışılmıştır. Uygarlıklar ilerledikçe şifalı bitkiler, mineraller gibi doğal ürünler tedavi amacıyla kullanılmıştır. Nesilden nesle bilgiler geliştirilerek aktarılmaya devam etmiştir. Tıbbın ilerlemesi ile insanlar morfoloji ve fizyoloji konusundaki bilgilerini artırırken hastalıklar hakkında da daha fazla bilgi sahibi olmuşlardır. Bunun yanında hastalıklara yeni çareler aranırken edinilen deneyimler ve araştırmalarla ilaçlar ortaya çıkmıştır. Farmakolojinin temellerini oluşturan bu bilgiler ışığında günümüzde pek çok hastalığın tedavisinde kullanılan çok çeşitli ilaçlar bulunmuş ve yenileri de bulunmaya devam etmektedir.

Tedaviler ve ilaç çeşitleri geliştirildikçe ilaçların yararlarının yanında yanlış kullanımları sonucu zararlarının da olabildiği görülmüştür. Bu da hekimler olarak bizleri tedavileri düzenlerken akılcı bir şekilde davranmaya yönlendirmektedir. Akılcı ilaç kullanımı; “hastaların ilaçları klinik gereksinimlerine uygun biçimde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almaları için uyulması gereken kurallar bütünü” olarak DSÖ tarafından 1985 yılında Nairobi’de düzenlenen bir toplantıda tanımlanmıştır (3). İlaç seçimi sadece hekimin yetkisi ve sorumluluğundadır. İlaç sektöründeki hızlı gelişmelerle birlikte hastalıklar için yeni ilaçlar kullanıma girmektedir. Hekimler de sorumlulukları gereği hastalarına doğru tanıyı koymalı ve AİK ilkelerine uyarak mevcut birçok ilaç arasından hastası için gereken doğru ilacı seçmeli ve tedavisini düzenlemelidirler (4).

### **2.1. AKILCI İLAÇ KULLANIM İLKELERİ**

#### **2.1.1. Doğru Tanı Koyma**

Akılcı ilaç kullanımının ilk basamağı doğru tanının koyulmasıdır. Hastadan alınan anamnez, yapılan ayrıntılı fizik muayene ve yapıldıysa tetkiklerle birlikte

hastalığın etiyojisi ayrıntılı olarak incelenmeli, semptom ve bulguların neye bağlı ortaya çıkmakta olduğu tam olarak belirlenmeye çalışılmalıdır. Aynı semptomlarla farklı hastalıklar görülebilmektedir. Bu yüzden tanıyı doğru koyabilmek hekimin sonraki aşamalarda tedavi sürecini yönlendirmesi bakımından ve sonuçta hastanın sağlığı açısından çok önemlidir (5, 6).

### **2.1.2. Tedavinin Belirlenmesi**

Hekimin tanı koyulması sonrasında yapması gereken tedavi amacını belirleyip hastası için en uygun ilacı seçmektir. Tedavi hedefinin; semptomları gidermek yerine, mümkünse eğer, hastalığı ortadan kaldırmak olması gerekmektedir. İlaç seçimi sırasında hastanın varsa ek hastalıkları ile kullandığı ilaçlara olumsuz etkisi olmayacak, kullanım şekliyle de hasta uyumunu zorlaştırmayacak bir ilaç seçilmesine özen gösterirken, bunu yanında daha önceden yan etki görülen bir ilaç veya alerji öyküsü varlığının sorgulanıp dikkate alınması gerekmektedir. Seçilen ilacın dozunun hastaya göre ayarlanması gerekir. Seçilen tedavinin uygunluk kriterlerinden biri de maliyet etkin olmasıdır. Amacımız ilacın ucuz olanını seçmek değil başarılı olan tedavinin ucuz maliyetli olmasıdır (5, 7, 8).

### **2.1.3. Reçete Düzenlenmesi ve Hasta Bilgilendirilmesi**

Hekimin hastası için belirlediği tedavi doğrultusunda reçeteyi düzenlerken reçete yazım kurallarına uygun olarak ilacın dozu, kullanım şekli ve periyodu ile ilgili verileri reçetede belirtmesi gerekmektedir. Hastaya tedavi sürecini anlatırken; ilacın kullanım şekli ve süresi, oluşabilecek yan etkiler ve hastalığın takibi ile ilgili de bilgi verilmelidir (5).

### **2.1.4. Tedavinin Takibi**

Hastanın takiplerine düzenli gelmesi konusunda uyarılması ve bilgilendirilmesi önemlidir. Takipler sırasında hastanın tedaviye uyumu, semptomlardaki gerileme, hastalığın hangi evrede olduğu, yan etkiler ve varsa diğer ilaç etkileşimleri yönünden değerlendirmesi gerekmektedir. Takiplerin düzenli yapılması hastanın tedaviye uyumunu artırmak ve hastalığı kontrol altına almak açısından önem arz etmektedir (5).

Akılcı ilaç kullanımının diğer bir kolunu eczacılar oluşturur. Hekimin reçete ettiği ilaçları uygun şekilde hazırlayıp hastaya kullanım şekilleri ile ilgili bilgilerle

birlikte sunan kişi eczacıdır. Reçetesiz alınmaması gereken ilaçların eczanelerden satın alınabilmesi sağlık sektöründeki önemli bir sorundur. Hasta hekim önerisi olmadan televizyondan, İnternette, çevresindeki kişilerden duyduğu yanlış ya da eksik bilgilerle eczaneye başvurmakta ve hiçbir engelle karşılaşmadan ilaca ulaşabilmektedir. Bu durumdan öncelikle eczacılar sorumludur. Eczacılar ekonomik kaygılarla, müşteri kaybetme endişesiyle bu şekilde davranmaktadır. Ancak bu durumun hem hasta sağlığı hem de ülke ekonomisi açısından olumsuz sonuçları olmaktadır. Hasta aldığı ilaçla tedavi olamamakta ya da yan etkilerle, toksik dozun sonuçları ile karşı karşıya kalmakta bunlar da basit bir tedavi ile giderilebilecek bir durumun daha ciddi ve pahalı tedavilere dönüşmesine neden olmaktadır. Bu ve benzeri durumlarla karşılaşmamak için AİK konusunda eczacıların da üzerlerine düşeni yerine getirmesi gerekmektedir (9).

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Mevzuatı Hasta Hakları Yönetmeliği'ne göre "Hasta, modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını istemek hakkına sahiptir" (10). Bu hakların varlığı ile beraber hastanın da hem kendi hem de toplum sağlığı açısından hem de ülke ekonomisi yönünden üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmesi gerekmektedir. AİK'nin gerçekleştirilmesi için doktor, diğer sağlık personeli ve eczacının yanında hastanın da rolü önemlidir. Hasta hekimin reçete ettiği ilaçları uygun şekilde ve gerekli sürede kullanmadığı takdirde tedaviden fayda göremeyeceği gibi bundan kendisiyle beraber, toplum sağlığı ve artan tedavi maliyetleri nedeniyle ülke ekonomisi de zarar görebilmektedir. Toplumda çok sık karşılaşılan diğer bir sorun ise hastanın hekimin reçetesine müdahale ederek kendi istediği ilaçlarda ısrarcı olmasıdır. Bir diğer de verilen antibiyotiklerin düzensiz ve yetersiz süre kullanılması ve buna bağlı antibiyotik direncinin gelişmesidir. Hekim önermeden ilaç almak, çevredeki kişilerin söylemlerine ya da televizyondaki, İnternetteki bilgilere dayanarak kendi kendine tedavi başlamak toplumumuzda maalesef sık yapılan yanlışlardandır. Bu gibi davranışlara engel olmak, hataları düzeltmek ve tedavi uyumunu artırmak için toplumun eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi gerekmektedir (11-13).

Basın yayın organları verdikleri yanlış bilgiler ve haberlerle hem hekimi hem de toplumu etkileyerek belli ilaç ve tedavilere yönlendirebilmektedir. Ayrıca çeşitli

kurumlar ve buralarda çalışan bireyler tarafından hekimlere sağlanan imkanlar ve verilen promosyonlar da maalesef tedavileri etkileyebilmektedir. Tüm bunların önüne geçmek ve olumsuz olabilecek sonuçlarından korunmak için bu kurumların, basın yayın organlarının devlet tarafından denetlenmesi ve gerekli hallerde yaptırımlar uygulaması gerekmektedir (13, 14).

Akılcı ilaç kullanım ilkelerinden bir veya daha fazlasına uyulmaması sonucu akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) kavramı ortaya çıkmaktadır. Tedavi uyumundaki bozulma, antibiyotik direnci gelişimi, ilaç yan etki ve toksik etkilerinin görülmesi, tedavi masraflarındaki artış AOİK'nın sonuçlarını oluşturmaktadır. DSÖ verilerine göre dünya genelinde tüm ilaçların %50'den fazlasının uygunsuz reçete edildiği, sağlandığı veya uygunsuz olarak satıldığı bilinmektedir. Ayrıca hastaların %50'si de ilaçlarını doğru kullanmamaktadır. Bunun yanında dünya nüfusunun üçte biri de temel ilaçlara ne yazık ki erişememektedir. İlaçlara ulaşamaması ya da uygun dozda kullanılmaması özellikle çocukluk çağı enfeksiyonlarına ve hipertansiyon, diyabet, epilepsi, ruhsal bozukluklar gibi kronik hastalıklara bağlı ciddi mortalite ve morbidite nedeni olabilmektedir (1). AOİK nedeniyle ilaçlar ve bunlara ayrılan bütçe boşa harcanmakta bunun sonucu olarak da ülke ekonomisi büyük zarar görmektedir.

Ankara Ticaret Odası 2006 yılında sunduğu "İlaçta İsrar" konulu raporunda; ülkemizde eczanelerdeki ilaçların ortalama %7'sinin kullanım süresi sona erdiği için çöpe atıldığını, evde bulundurulananların ise %60'ının kutusu bile açılmadan kullanım sürelerinin sonuna geldiği ve tüm bu boşa giden ilacın yaklaşık 500 milyon dolara mal olduğunu belirtmiştir (15).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD) dünyada ilaç pazar payının yarıya yakınına sahiptir ve ilaç tüketimi konusunda da birincidir. İki bin altı yılında eczanelerden üretici fiyatlarıyla 198 milyar dolarlık ilaç satılmıştır. ABD'nin 2006 yılındaki milli geliri 13,2 trilyon dolar, kişi başına düşen milli geliri 44 bin dolar, kişi başı tüketilen ilaç miktarıysa 661 dolar olmuştur. 2006 yılında İngiltere'de 15,7 milyar dolar ilaç tüketilirken, aynı yıl milli gelir 2,3 trilyon dolar, kişi başı milli gelirse 39 bin dolar olmuştur. Kişi başına tüketilen ilaç ise 260 dolar olarak hesaplanmıştır. Ülkemizde 2007'de yaklaşık 14 milyar dolarlık ilaç satılmış, yıllık ilaç harcaması ise kişi başına yaklaşık 200 dolar olarak hesaplanmıştır (15).

Türkiye’de kişi başına ilaç harcaması 2013’te yaklaşık 105 dolarken, Japonya’da 651,6 dolar, ABD’de 995 dolar, Kanada’da 751,5 dolar, Almanya’da 632,6 dolar, Yunanistan’da 673,4 dolar, Fransa’da 641,1 dolar olarak tespit edilmiştir. Kişi başına düşen ilaç harcamaları bakımından Ekonomik Kalkınma ve İş birliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development–OECD) ortalaması ise 497 dolardır. Görüldüğü gibi Türkiye OECD ortalamasının altındadır. Bireysel sağlık harcamaları ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 87 dolardır. Türkiye’deki sağlık ve ilaç harcamalarının OECD ortalamasının altında olmasına rağmen kişi başına düşen doktora başvuru sayısı 8,2 ile 6,6 olan OECD ortalamasının üzerindedir. Bu oran Belçika’da 7,4, İtalya’da 7, Avustralya’da 6,7, İngiltere’de 5, Yunanistan’da 4’tür. Ancak ülkemizde kişi başına yılda 3,1 oranında birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuru gerçekleşmekte, bu başvuruların yaklaşık %1’i bir üst basamağa sevk olmaktadır (16).

Dünya Sağlık Örgütü ilaçların daha rasyonel kullanımını teşvik etmek için 12 maddeden oluşan bir öneri listesi oluşturmuştur. Bunlar; ilaç kullanım politikalarını koordine etmek amacıyla multidisipliner kurumun kurulması, klinik kuralları içeren kılavuzların oluşturulması, temel ilaç listelerinin hazırlanması, bölgelerde ve hastanelerde ilaç ve tedavi komitelerinin kurulması, tıp fakültesi öğrencilerinin eğitim süresi içinde AİK ile ilgili dersleri alması, idare, denetim ve geribildirim sistemlerinin kurulması, toplumun ilaçlar hakkında bilgilendirilmesi ve eğitilmesi, uygunsuz finansal teşviklerin engellenmesi, uygun bir yasal düzenlemenin hayata geçirilmesi, ilaçların ve personelin sürekliliği için gerekli harcamaların devlet tarafından yapılması şeklinde önerilerdir (1).

Akılcı ilaç kullanım ilkelerini tüm ülkede yaygınlaştırmak adına Sağlık Bakanlığı yaklaşık 20 yıldır bununla ilgili çalışma düzenlemektedir. Sağlık Bakanlığı 12 Ekim 2010 tarih 6420 sayılı Bakan Oluru ile İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü’nü kurmuştur. Resmi Gazete’de 02 Kasım 2011 tarihinde yayımlanan 663 Sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” ile Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) kurulmuştur. Bu kurula bağlı olarak da 23 Ocak 2014 tarihli yönerge ile “Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi” kurulmuştur. AİK ile ilgili faaliyetlerin takip edildiği ve yürütüldüğü yer bu

daireye bağılı “Akılcı İlaç Kullanımı Birimi”dir. Bu birimde görevli kişiler konu ile ilgili uzman akademisyenlerden ve AİK'nin diğerkollarını oluşturan kamudaki kişilerden görüşlerini alarak faaliyetlerini gerçekleştirmektedirler. Ayrıca “AİK Bilimsel Danışma Kurulu” kurulmuştur. Bu kurulda yukarıda bahsedilen uzman akademisyenler ve “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017” kapsamında görevleri olan kamu kurum/kuruluşlarından temsilciler bulunmaktadır. Bu yapılanma tüm illerde AİK ile ilgili faaliyetleri yürütmektir. İl sağlık müdürlüklerinde “akılcı ilaç kullanımı il temsilcisi” bulundurularak koordinasyon sağlanmaya çalışılmaktadır. Akılcı İlaç Kullanım Birimi'nin faaliyetleri içerisinde internet sitesi üzerinden aylık e-bülten yayınlamak, kılavuzlar, rehberler, eğitim amaçlı sunumlar, videolar, ses dinletileri ve anketler hazırlamak bulunmaktadır. Bunlar arasında Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) Akılcı İlaç Kullanımı Kitapları, Birinci Basamakta Akılcı Reçete Yazımı, Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı, Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı, Hekimlerin Akılcı Reçeteleme Yaklaşımı, Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Halk Eğitimi kitapları, hastane hekim, eczacı, hemşire ve yatan hasta anketleri yer almaktadır. Ayrıca tıp öğrencilerine yönelik 2016 yılında “Akılcı İlaç Kullanımı Proje Yarışması” düzenlenmiştir. Bu yarışmanın amacı öğrencilerin AİK konusunda ilgilerini çekmek ve AİK'nin yaygınlaştırılması, halkta ve sağlık çalışanlarında farkındalık oluşturulması için yenilikçi ve girişimci projeler/fikirler/çözümler üretmelerini sağlamaktır. Bunun yanında hastanelerde Akılcı İlaç Kullanım Ekipleri oluşturularak hastane hizmet kalite standartları gereğince, hastanelerde planlama ve gerekli faaliyetleri düzenlemek amaçlanmıştır. Hazırlanan bu eylem planının öncelikli hedefi AİK'de paydaş olan tüm kişi ve kurumların bu konudaki bilgilerini ve farkındalıklarını artırarak AOİK'yi en aza indirmektir. Ayrıca oluşturulan bu yeni birimler, sonrasında yapılması planlanan yeni faaliyetler için birimler arası oluşturulmuş olan koordinasyon sayesinde daha hızlı ve başarılı olmayı sağlayacaktır (17).

Sağlık Bakanlığı'nca “İlaç Takip Sistemi” ne ve kare kod uygulamasına 2010 yılında geçilerek sahte ilaçlardan ve ambalajlardan korunma, satışlarla ilgili sahtecilik yapılmasının engellemesi amaçlanmıştır. Diğerkbir amacı da hasta güvenliğini sağlamaktır. Sistem aracılığı ile elde edilen verilerle incelenerek yapılan ihlaller, yanlışlar tespit edilip tekrarlanmasının önüne geçmek amaçlanmıştır. Bu

yüzden AİK açısından ilaç takip sistemi önemli veriler sağlamaktadır. Ayrıca bu sistem sayesinde Bakanlık ilaç piyasası ile ilgi ayrıntılı bilgilere sahip olmakta bu da sonraki ilaç politikalarını belirlemede yol gösterici olmaktadır (18).

Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalar sadece bizim ülkemizde değil tüm dünyanın gündeminde olan önemli bir konudur. Dünya Sağlık Örgütü'nün öncülük ettiği "Akılcı ilaç kullanım programı" çoğu ülkede kullanılmaktadır. World Health Organization (WHO) tarafından 1994 yılında "Guide to Good Prescribing" ismiyle yayınlanan ve akılcı farmokoterapi ilkelerini kapsayan bu kılavuz, T.C. Sağlık Bakanlığı'nca Ocak 2000'de "İyi Reçete Yazma Kılavuzu" olarak Türkçeye çevrilmiş ve kullanıma girmiştir (19). Bu kılavuzda yer alan farmokoterapi ilkeleri; hastanın sorununun tanımlanması, tedavi amacının belirlenmesi, tedavinin hasta için uygun olup olmadığının sorgulanması, tedaviye başlanması, hastaya tedavisi, ilaçları ve görülebilecek olumsuzluklar ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmesi, tedavi sürecinde yakın izlemin yapılması şeklinde altı adımda anlatılmıştır (8, 20).

Ülkemizde Aile Hekimliği 2005 yılında pilot uygulama olarak başlamış, 2010 yılında da tüm illerimizde bu uygulamaya geçilmiştir. Aile hekimliği multidisipliner bir sağlık yaklaşımını kapsar. Bireyin sorunlarını fiziksel, psikolojik, sosyal yönleri ile bir bütün olarak değerlendirir. Ayrıca bütünleştiricilik, süreklilik, aile ve topluma yönelik olma özelliklerine de sahiptir. Aile hekimliği yaş, cinsiyet, kişisel farklılıklara bakılmaksızın geniş kitlelerin rahatlıkla ulaşabildiği, çoğunlukla da ilk başvurduğu sağlık merkezidir (17). Bu yönden ilaç tedavisinin ilk basamaklarından itibaren AİK ilkelerine uyulmasını sağlamak mümkündür. AİK'nin uygulanması ile aile hekimliğinin diğer bir özelliği olan "sağlık kaynaklarının etkili kullanımı" da sağlanmış olmaktadır. Tıbbi ve mali yönden bireyin ve toplumun refahını sağlamak AİK ilkelerine uygun davranarak mümkündür. Sağlık Bakanlığı, Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017 kapsamında tıp ve diş hekimliği fakültelerinin eğitim müfredatlarında ve aile hekimlerine uygulanan uzaktan eğitim programında AİK'ye yer verilmesi, reçete verilerinin analiz edilip, değerlendirilip hekimlere kendileri ile ilgili bilgilendirme yapılmasına imkan sağlayan Reçete Bilgi Sistemi'nin (RBS) işlerliğinin artırılması, tanı ve tedavi rehberlerinin oluşturulması ve hekimlere ulaştırılması gibi faaliyetler düzenleyerek AİK'nin en önemli paydaşı

olan hekimleri eğitmeyi ve bu konuda yapılan yanlışları düzeltmeyi hedeflemiştir (21, 22).

## 2.2. ANTİBİYOTİKLERİN AKILCI KULLANIMI

Yirminci yüzyılda ulaşılabilir tek modern ilaç olan “asetil salisilik asitin” (Aspirin) keşfiyle farmakoterapi alanında büyük bir atılım yapılmıştır. Bin dokuz yüz kırklarda ilk antibiyotik, ilk anti-malaryal ilaç ve ilk tüberküloz ilacı üretilmiştir, 1950’ler ve 1960’larda oral kontraseptifler, diyabet ilaçları ve sonra mental hastalıklar, enfeksiyon hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıkları ve kanser hastalıklarının tedavisi için birçok ilaç üretilmiştir. Bin dokuz yüz yetmişlere gelindiğinde ise neredeyse her önemli hastalığın tedavisi için etkili bir ilaç bulunmuştur (23).

Alman bakteriyolog Paul Ehrlich 1939’da sifilizin ilk döneminde etkin bir madde bulmuş ve buna ‘salvarsan’ ismini vermiştir. Louis Pasteur de 19. yüzyılda “bazı mikroorganizmaların diğerlerini öldürdüğü” şeklinde bir gözlem yapmıştır. Sir Alexander Fleming de 1928 yılında tesadüfen bir ilaç bulmuş ve bulduğu bu ilaca “penicillium notatum” demiştir. Bir süre bulunan bu yeni ilaç ile ilgili kimse bir şey yapmazken 1940’ta Oxford Üniversitesi Tıp Okulundan Florey, Chain ve Abraham bu yeni buluşu nasıl üretebileceklerini bulmuş ve hayvan deneyleri yapmışlardır. Penisilin dünyaya tanıtımı 1941 yılında bir polis memurunda tanı konulan streptokok ve stafilokok pnömonisinin başarı ile tedavi edilmesi sonucu olmuştur (24, 25).

Toplum sağlığı açısından geçmişte olduğu gibi günümüzde de en önemli hastalık grubu enfeksiyonlardır. Doğru ve erken tanı konulması ve uygun antimikrobiyal tedavinin başlanması halinde hem hasta hem de toplum sağlığı açısından gereken AİK sağlanmış olur. Ancak en yaygın AOİK antibiyotiklerde görülmektedir. Bunun sonucu olarak komplikasyonlar gelişip, hastalıklar kronikleşmekte ve mortalite riski giderek artmaktadır. Ayrıca akılcı olmayan antibiyotik kullanımı nedeniyle gelişen antibiyotik direnci hem hasta hem de toplum sağlığı açısından büyük bir tehdit haline gelmektedir (26).

Türkiye’de antibiyotik kullanımı birinci sıradayken, Avrupa’da kullanılan ilaçlar içinde dördüncü veya beşinci sıradadır. Ülkemizde ilaç harcamalarında antibiyotiklere ait kısım %26 iken, dünya ortalaması %9,9’dur. Bu harcamanın

ekonomik yükü çok fazla olup yılda yaklaşık 1 milyar dolara ulaşmaktadır ve bunun %40-50'sinin de gereksiz kullanımdan kaynaklandığı bildirilmektedir (27).

Uygunsuz antibiyotik kullanımındaki artış dirençli suşların oluşmasına, ekolojik dengenin bozulmasına neden olmakta ve tüm bunlar gelecek kuşaklara aktarılmaktadır. Avrupa'da yapılan bazı çalışmalar ekolojik dengenin bozulmasında antibiyotik kullanımlarının etkili olduğunu göstermektedir (28, 29).

Hastaların ilk başvuru noktası olan aile hekimliğinde birçok olgu ile karşılaşmakta; birçoğunun tedavisi de ilk olarak aile hekimleri tarafından düzenlenmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre 2015 yılında aile hekimliğinde yazılan toplam reçete sayısı 128.524.357 ve bunun %31,07'si antibiyotik içermektedir. Aynı yıl diğer hekimlerin toplam reçete sayısı 104.260.408 iken antibiyotik bulunanlar %36,06 oranındadır (30). Bu verilerden de anlaşıldığı üzere aile hekimliğindeki antibiyotik reçete edilme oranları azımsanmayacak durumdadır. Akılcı antibiyotik kullanımı konusunda hem mezuniyet öncesi eğitim verilmesi hem de öncelikli olarak birinci basamaktaki ve sonrasında diğer hekimlere eğitim ve bilgilendirme verilmesi, takiplerinin ve geri bildirimlerinin sağlanması AİK açısından oldukça önemlidir.

Ülkemizin ve tüm dünyanın ortak problemi olan antibiyotik direncinin sebepleri bu ilaçların uygunsuz tanılarla, dünyanın her yerinde ve sık olarak kullanılmasıdır. En sık gördüğümüz örnek ise her hekimin bildiği ama yine de birçoğunun yaptığı hatalardan biri olan viral nedenli üst solunum yolu enfeksiyonlarında antibiyotiğin tedavide kullanılmasıdır. Bunun gibi birçok örnek nedeniyle tüm insanlık için bir tehdit olan antibiyotik direnci çözümlenemeyen bir sorun haline gelmektedir (31). Bunlara çözüm bulmak amacıyla tüm dünyada ve ülkemizde akılcı antibiyotik kullanımı ile ilgili çalışmalar yürütülmektedir. Bu konuyla ilgili olarak DSÖ antimikrobiyal direnç ile mücadele için politika paketini tanıtmıştır.

Bu pakette şunlar yer almaktadır;

- Sorumlular ve toplum arasında kapsamlı ulusal finansal bir plana bağlı kalınması,
- Sürveyansın ve laboratuvar kapasitesinin güçlendirilmesi,
- Temel ilaçlara kesintisiz erişim sağlanması,

- Hayvancılık da dahil olmak üzere ilaçların rasyonel kullanımının düzenlenmesi ve uygun hasta bakımının sağlanması,
- Enfeksiyonun kontrol edilmesi ve önlenmesi,
- Yenilikler ve yeni araçlar için araştırma geliştirmelerin teşvik edilmesi (32).

Ülkemizde de Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017 kapsamında Aile Hekimlerine yönelik Akılcı Antibiyotik Kullanımını da kapsayan AİK konusunda hem Sağlık Bakanlığı sitesinde hem de illerde yapılan eğitim toplantılarında bilgiler paylaşılmaktadır. Ayrıca reçete bilgi sistemi aracılığı ile tüm hekimlerin illere ve bölgelere göre reçete sayıları ve dağılımları incelenerek eğitimlerin etkinliği de değerlendirilebilmektedir. Tüm bu çalışmalarla antibiyotik direnci başta olmak üzere sağlık sisteminde karşılaştığımız birçok soruna çözüm bulunması amaçlanmaktadır (30).

### **2.3. AĞRI KESİCİLERİN AKILCI KULLANIMI**

Non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar (NSAİİ); analjezik, antipiretik, anti-inflamatuvar ve antiplatelet etkili ilaçlardır. NSAİİ'nin opioid analjezikler kadar güçlü analjezik etkisi ve steroidler kadar da anti-inflamatuvar etkisi yoktur. Aspirin bu grubun öncü ilacıdır (33).

Non-steroid anti-inflamatuvar ilaçlar ile ilgili bilgiler Milattan Önce 3500'lü yıllara kadar dayanmaktadır. Mersin ağacının yapraklarının karın ağrısı ve eklem ağrıları için kullanıldığına dair verilerin mısır papirüslerinde yer aldığı saptanmıştır. Söğüt ağacı yaprakları da inflamasyon bulgularını geçirmek için Milattan Sonra 30 yılında kullanılmıştır. 1828 yılında ilk kez salisilik asit terimi ortaya atılmış ve 1860'ta da kimyasal olarak üretilmiştir. Aspirinin 1897 yılında bulunmasının ardından 1949 yılında fenilbutazon NSAİİ teriminin ilk kullanıldığı ilaçtır. Sonrasında benzer yeni ilaçlar hazırlanmış ve kullanılmaya başlanmıştır (34, 35).

Çokça reçete edilen ve reçetesiz olarak da eczanelerden temin edilebilen NSAİİ; ağrı kesici, ateş düşürücü, anti-inflamatuvar etkilerinin yanında gut tedavisinde, kalp damar hastalıklarının profilaksisinde, kolorektal kanser profilaksisinde kullanılmaktadırlar. Uyarıcılar doku hasarı yaratarak hücre membranında bulunan fosfolipidlerin fosfolipaz A2 enzimi ile tüm eikozanoidlerin kaynağı olan araşidonik asite dönüşümünü sağlar. Fosfolipaz A2 enzimine

glukokortikoidler inhibitör etkilidirler. Araşidonik asit COX izoenzimlerinin etkisi ile sırası ile önce Prostaglandin G'ye (PGG) sonra PGH<sub>2</sub>'ye dönüşür. Sonrasında gerçekleşen reaksiyonlarla da PGD<sub>2</sub>, PGE<sub>2</sub>, PGF<sub>2</sub> $\alpha$ , PGI<sub>2</sub> ve tromboksan A<sub>2</sub> oluşmaktadır. Ortaya çıkan bu ürünler farklı reseptörler ile çeşitli dokularda değişik etkilere ve yan etkilere yol açmaktadırlar (35, 36).

Reçeteli ya da reçetesiz yaygın kullanılması nedeniyle NSAİİ'nin yan etki görülme sıklığı da artmıştır. Bu gruptaki ilaçların etkileri ve yan etkileri kişiden kişiye değişebilmektedir. Gastrointestinal sisteme ait olanlar en sık görülen yan etkilerdir ve %25 oranında görülmektedirler. Uzun süreli kullanımlarında hastaların %40'ına kadar endoskopik ülserler tespit edilebilmektedir. Dispepsi, erezyon ve ülser sık görülen yan etkilerdir. Ciddi komplikasyonlar olan hemoraji, perforasyon, ölüm yılda %1,5'lik insidansla görülebilmektedir. NSAİİ'nin bu kadar sık ve uzun süre kullanımları yan etkilerinin yanında toksik etkilerin de ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (37).

Non-Steroid Anti-İnflamatuar İlaçlar ve aspirin, böbrekte renin salgılanmasında ve glomerüler filtrasyon hızında (GFR) azalmayı PGE<sub>2</sub> ve prostasiklin yapımını engelleyerek sağlarlar. Su ve tuzun vücuttan atılımını azaltırlar. Sıvı retansiyonu ve buna bağlı da kan basıncında yükselmeye neden olurlar. NSAİİ'lerin fazla dozlarda kullanımına bağlı akut böbrek yetmezliği gelişebilir. Bu ilaçlar nadiren de olsa interstisyel nefrit, nefrotik sendrom, akut tubuler nekroz gibi daha ciddi renal hastalıklara da neden olabilirler. NSAİİ'lerin kan ve hemostaz üzerinde, kardiyovasküler sistemde de yan etkileri olabilmektedir. Alerjik reaksiyonlar, zehirlenmeler de görülebilmektedir (33). NSAİİ ağrı, inflamasyon, ateş gibi durumlarla baş etmek için sıkça kullandığımız ilaçlardır. Ancak yanlış, düzensiz, gereksiz yani akılcı olmayan kullanımlarında fayda yerine büyük zararlar verebilecek bir ilaç grubudur. O yüzden her ilaç gibi bu ilaçların da AİK ilkeleri doğrultusunda; uygun hastaya, uygun tanı ile, uygun doz ve süre boyunca, maliyet açısından da uygun olanı kullanılmalıdır. Bu hem kişinin sağlığı hem de ülke ekonomisi açısından önemlidir.

## **2.4. VİTAMİN VE MİNERALLERİN AKILCI KULLANIMI**

Enerji vermeyen ancak enerji üretimi ve metabolizma düzenlemesi için vazgeçilmez olan vitaminler, hayatın devamı ve canlıların gelişimi için gerekli olan organik maddelerdir. Vitaminlerin bir kısmı vücutta sentezlenirken bazılarının besinlerle alınması gerekir. Besinlerde provitamin olarak bulunan bazı vitaminler vücutta aktif hale dönüşürler. Mineraller enerji vermeyen, vücutta sentezlenemeyen, enzimatik reaksiyonlarda önemli fonksiyonları olan, ayrıca kemik, diş, tırnak gibi dokularda yapısal eleman olarak görevleri olan inorganik maddelerdir (38, 39).

Vitamin ve minerallerin teknolojiadaki gelişmeler ve yapılan araştırmalar sonucunda vücutta eksiklikleri durumunda oluşabilecek hastalıklarla ilgili ve beslenme alışkanlıklarındaki değişimlerin bu eksikliklere neden olabileceği konusunda son yıllarda daha fazla bilgiye ulaşılmıştır (40).

Tüm dünyada insanlar arasında günlük multivitamin tüketimi son yıllarda oldukça artmaktadır. İnsanların çoğu, vitaminler etkili değilse de en azından güvenli olduklarına inanırlar. Bununla birlikte, vitamin tüketiminin uzun vadeli sağlık sonuçları bilinmemektedir (41). Yaygın olarak kullanılmasının yanı sıra vitaminler hakkındaki kontrolsüz reklamlar, insanlar arasında tüketimlerinin daha da artmasına neden olmaktadır. İlaç firmaları tarafından besinlerdeki miktarlarının 10-40 katını içeren ilaçlar üretilmiştir. Bu ürünlerin yanlış veya yüksek dozda kullanılmaları sağlığa olumsuz etki edebilmektedir. Vitamin ve minerallerin eksikliğine ya da fazlalığına bağlı olumsuzluklardan korunmanın en iyi yolu alınan besinleri bunlardan zengin hale getirmektir (40, 41).

## **2.5. TAKVİYE GIDALARA AKILCI YAKLAŞIM**

Besin destek ürünleri diğer isimleri ile supleman, gıda takviyeleri olarak da bilinen ek gıdalar yüksek dozlarda vitamin ve minerallerin bulunduğu kapsül, hap, şurup formlarında kullanılabilen besinlerdir. Bu ürünler 5996 sayılı kanun kapsamında “normal beslenmeyi takviye etmek amacıyla, vitamin, mineral, protein, karbonhidrat, lif, yağ asidi, amino asit gibi besin öğelerinin veya bunların dışında besleyici veya fizyolojik etkileri bulunan bitki, bitkisel ve hayvansal kaynaklı maddeler, biyoaktif maddeler ve benzeri maddelerin konsantre veya ekstraktlarının tek başına veya karışımlarının, kapsül, tablet, pastil, tek kullanımlık toz paket, sıvı

ampul, damlalıklı şişe ve diğer benzeri sıvı veya toz formlarda hazırlanarak günlük alım dozu belirlenmiş ürünler” olarak tanımlanmıştır (42, 43).

Yerli ve uluslararası üreticilerin her geçen gün yenisini eklediği besin destek ürünleri ile birlikte Türkiye’de bu ürünlere ait pazar da giderek büyümektedir; İki bin on iki yılı verilerine göre tahmini pazar büyüklüğü 150-200 milyon Dolar arasındadır; 2020 yılında 205 milyon Euro’ya ulaşması beklenmektedir. Öncelikle İtalya ve Almanya gibi Batı Avrupa ülkeleri Avrupa’da en büyük gıda takviye pazarını oluşturmaktadır. Doğu Avrupa ülkelerinden en hızlı büyüyen ve daha da büyümesi beklenen ülkeler ise; Romanya, Türkiye, Bosna Hersek, Rusya ve Makedonya’dır (43).

Besin takviyeleri ilgili olarak Avrupa Birliği Gıda Kanunu, EFSA (European Food Safety Authority) /Avrupa Gıda Güvenliği Kurumu kriterleri ve Avrupa Birliği’ndeki yasalar geçerlidir. Ülkemizde 5179 Sayılı Kanun gıda takviyeleri ile ilgili olup, gıda takviyeleri konusunda yetki sahibi olan kuruluş sadece Tarım ve Gıda Bakanlığı’dır (43, 44).

Birçok insan günümüzde uzman ya da doktor tavsiyesi almadan kendi istekleri ile hastalıklarını ilaçsız tedavi etmek veya sağlıklarını güçlendirmek, geliştirmek amacıyla besin takviyelerine başvurumaktadırlar. ABD’de yapılan bir çalışmaya göre bir yaş ve üzeri popülasyonun %49’u gıda takviyesi kullanmaktadır. Bunların %44’ü erkek, %53’ü ise kadınlardan oluşmaktadır. Genel olarak, tüm kategorilerde diyet takviyesi kullanımının yaşla birlikte arttığı görülmüştür. Çoğu kişi sadece bir besin takviyesi aldığını bildirmiştir. Kullanıcıların çoğu (%79) son 30 gün içerisinde her gün aldıklarını, %9’u 10-19 gün arasında aldığını, yaklaşık %9’u da 10 günün altında aldığını bildirmiştir. Üç kategori karşılaştırıldığında multivitamin multimineral (MVMM) %33 ile en yüksek kullanım oranına sahiptir. Ardından %14 oranında bitkisel ürün kullanımı ve %4 oranında da amino asit kullanımını gelmektedir (45).

Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan diğer bir çalışmada yetişkinlerin takviye besinlerini kullanma nedenleri araştırılmıştır. Sonuçlarda en sık bildirilen kullanım nedenlerinin genel sağlığı “iyileştirmek” (%45) veya “sürdürmek” (%33) amaçlı olduğu öğrenilmiştir. Cinsiyetler ayrı ayrı değerlendirildiğinde kadınların %36 oranında “kemik sağlığı” için kalsiyum ürünleri kullandığı, erkeklerin ise %18

oranında “kalp sađlıđı ya da kolesterolü dűşűrmek için” ek gıda kullanımlarının olduđu renilmiřtir (46).

űlkemizde yapılan bir çalışmada űniversite đrencilerinin takviye gıda kullanımları ile ilgili davranışları araştırılmıştır. Bu çalışmaya 1166 đrenci katılmış, %54,9’u kızlardan oluşan katılımcıların %40,8’inin vitamin ve mineral takviyesi kullandığı renilmiřtir. Ek gıda alan grupta %50,4 oranında dűzensiz kullanım olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada %45,8’nin sağlıklı olmak için, %31,1’nin ise yorgun hissettiği için takviye gıda kullandığı belirlenmiştir (47).

Takviye gıdalar içinde sık kullanılan bir diđer grup ise ergojenik yardımlar içerisinde bulunan besinler ve farmakolojik űrűnlerdir. Kiřinin, hızını, dayanıklılıđını, gűcűnű ve performansını artıran madde, űrűn ya da tekniklere ergojenik yardım denilmektedir. Ergojenik yardımlar beř farklı sınıfa ayrılır. Bunlar; mekanik veya biyomekanik yardımlar, psikolojik yardımlar, fizyolojik yardımlar, farmakolojik yardımlar ve beslenmeye bađlı yardımlardır. Ergojenik űrűnlerden bazıları; Vitamin A, B, C, D, K, E, protein, demir içerikli űrűnler, amino asitler, kafein, kreatin, arı sűtű, polen, karnitin, ginseng, yeřil çay, krom, inozin, sodyum bikarbonat, Coenzim Q10, folat tuzları, folik asit, biotin, pantotenik asit, bira mayası, alkol, kan dopingi, oksijen terapisi, sauna-masajdır (48).

Farklı seviyedeki sporcular arasında son dűnemlerde çalıřmayı daha etkili kılmak ve bařarıya ulařmayı kolaylařtırmak için ergojenik yardım kullanımı yaygınlařmıřtır. Kullanılan bu űrűnlerden bazıları sporcunun sađlıđına zarar verdiđi ya da adil yarıřma ortamını bozduđu için Uluslararası Olimpiyat Komitesi (IOC), Dűnya Anti-Doping Ajansı (WADA) ve Uluslararası Spor Federasyonları (ISF) tarafından doping olarak kabul edilmiř ve yasaklanmıřtır. Yasaklı olmayan grupta oldukça fazla çeřit űrűn bulunmaktadır. Ergojenik yardımcıların etkileri hakkındaki kanıtlar az miktardadır ve hatta etkilerinin olmadıđı da sűylenmektedir. Bu grupta yer alan bikarbonat, kafein, kreatin gűclű bir arařtırma űssű tarafından desteklenmekte ve kullanımlarına izin verilmektedir. Ergojenik yardımcı űrűnlerin geniř satıř ve reklam piyasası, cazip vaatleri bulunsa da yeni kanıtlarla desteklenene kadar, tűm riskleri minimuma indirmek amacı ile sporcuların kullanımlarında dikkatli olmaları gerekmektedir (49,50). Sporculara beslenme konusunda gerekli bilgilendirme yapılması ve kullanılan destek űrűnlerinin tűketilmesi hakkında,

beslenme uzmanından bilgi ve öneriler alınması kişinin sağlığı açısından en uygundur.

Günümüzde mevcut olan araştırmalar kullanılan bu ergojenik ürünlerin çalışma ve başarı kapasitesini artırmadaki etkilerini gösterme konusunda eksik ya da yetersizdirler. Normal fizyolojik mekanizmalara bağlı olarak bu besinlerin sportif çalışmanın etkinliğini artırdığı birçok araştırmanın ulaştığı bir sonuçtur. Küçük yaşlarda tüketilmeye başlanan bu takviye ürünleri toplumda birçok kişi yoğun olarak kullanmakta ve tüketimi giderek artmaktadır. Başta sporcular olmak üzere bu ürünleri kullanacak olan herkesin bu konuda uzman hekime, diyetisyene danışmadan bu ürünleri tüketmemesi gerekmektedir. Ayrıca ürünün; saflaştırılması, etiketlenmesi ve içeri ile ilgili verileri inceleyen ulusal ve uluslararası kuruluşların onayı olmayan takviye gıdaların kullanımından kaçınılması gerekmektedir. Tüm bu konular hakkında hem sporcular hem de toplum bilgilendirilerek bu ürünlerin kullanımı hakkında daha bilinçli davranılması toplum sağlığı açısından çok önemlidir (51).

## **2.6. POLİFARMASİ**

Sağlıktaki ilerlemeler, ekonomik ve sosyokültürel gelişmelerle birlikte doğum oranlarındaki azalma sonucunda dünya nüfusu son 50 yıla göre gelişmiş ölkelerde daha hızlı yaşlanmıştır. Bunların sonucu olarak 21. yüzyılda yaşlı nüfus oranı artmıştır. ABD’de 2001’de elde edilen verilere göre 65 yaş üzerindeki nüfus neredeyse 35 milyondur. 2030’da bunun 70 milyon olacağı düşünölmektedir. Ölkemizde de yaşlı sayısı giderek artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu 2007 nüfus sayımında 65 yaş ve üzeri nüfus yaklaşık beş milyon (%7,1) olarak tespit edilmiştir, 2017 sayımına göre ise 65 yaş ve üzeri nüfus 6.895.385 kişidir ve nüfusun %8,5’ini oluşturur. Bu rakamın 2025’te 7,9 milyon olacağı düşünölmektedir (52-54).

Yaşlı nüfusun artışı ile birlikte kronik hastalıkların da görölme sıklığı artmaktadır. Diğer bir sorun ise yaşlılarda birden fazla hastalığın bir arada olmasıdır. Bütün bunlar çoklu ilaç kullanımını ortaya çıkarmaktadır. Polifarmasi için birden çok tanımlama mevcuttur. Polifarmasi tedavide en az bir gereksiz ilacın bulunması veya klinik olarak gerekli olandan daha fazla ilacın kullanılması ya da iki veya daha fazla ilacın eşzamanlı ve uzun süreli kullanımı olarak tanımlanır. Diğer tanımları ise; en az 240 gün süreyle iki ve daha fazla ilaç kullanımı, dört ve daha fazla ilaç kullanımı ya

da beş ve daha fazla ilaç kullanımı şeklindedir. Uzun süre ve yüksek dozda ilaç kullanılması nedeniyle polifarmasi zararlı olabilmektedir (54).

Farklı yıllarda yapılan çalışmalarda bazı toplumlardaki yaşlılarda polifarmasi görülme sıklığı araştırılmıştır; ABD’de %43,4, Avusturalya’da %35,8, İtalya’da %46, Hollanda’da %42, Norveç’te %47,3 olarak bildirilmiştir (55-60).

İlaç tedavilerinin amacı hastalıkların gerilemesi ve sağlıklı olabilmektir. İlaçların gerekli gereksiz kullanılmaları farklı sorunları da beraberinde getirmektedir. Yaşlanmayla birlikte ortaya çıkan polifarmasi; yaşam kalitesini kötü etkileyen, mortalite ve morbiditeyi artıran sonuç olarak da tüm dünyanın etkilendiği bir sorundur. Polifarmasiye zemin hazırlayan nedenler arasında; multipl komorbiditelerin varlığı ve buna bağlı farklı ve çok sayıda reçete düzenlenmesi, ilaç yan etkileri ve ilaç-ilaç etkileşimi konusunda hekimin bilgilerinin yetersiz olması yer almaktadır. Bunların yanında hasta ve bakıcısı ile ilişkili faktörler olan ileri yaş, kognitif problemler, görme, işitme ve fonksiyonellikte düşüklük, huzurevinde yaşama, hastalık ve ilaç reçeteleme konusunda eğitimsiz ya da yetersiz olunması da polifarmasinin nedenleri arasındadır. Polifarmasinin neden olduğu sorunlar arasında; ilaç-ilaç etkileşimleri, ilaç uyumsuzluğu, artan hastane yatışları, fonksiyonellikte azalma, kilo kaybı, kognitif fonksiyonlarda kötüleşme, malnütrisyon, düşmeler ve düşmeden bağımsız kalça kırığı riskinde artış bulunmaktadır (54).

Yaşam kalitesini yükseltmek için tüm toplumun sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi ve bu hizmetlerden faydalanabilmesi gerekmektedir. Bu hizmetlerin verilmesinde rol alan başta doktorlar olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının görevleri sırasında herkese özellikle de yaşlı kişilere daha özverili davranması, hastalıkları ve tedavileri hakkında gerekli bilgilendirmeleri yapmaları gerekmektedir. Sağlık çalışanlarının gerekirse hastalara eğitim vererek polifarmasi ve bunun olumsuz sonuçlarını en aza indirmeleri mümkündür (61)

Reçete edilen ilaçların sayısı, özellikle yaşlılarda istenmeyen ilaç etkilerinin ve uygunsuz ilaç kullanımının bir numaralı belirleyicisidir. Bu durum hastalarda; olumsuz etkilere, sağlığın daha da bozulmasına, sakatlıklara ve hatta ölüme dahi sebep olabilmektedir (62).

Çoğunlukla yaşlılarda gördüğümüz polifarmasiye bağlı hasar riskini azaltmak için aile hekimleri “deprescribing” olarak bilinen stratejiyi de içeren etkili ilaç yönetimini uygulamaktadırlar. Deprescribing, uygunsuz veya gereksiz ilaçlara yapılan müdahaleleri ve gerekli durumlarda ilaçların kesilmesini içermektedir. Bu süreç dört adımdan oluşmaktadır.

İlk adım “brown bag” olarak adlandırılmakta. Bu aşamada hastadan kullandığı tüm ilaçları muayene sırasında yanında bulundurması istenir. Bütün ilaçlar, hastadaki görülen yan etkiler elektronik ortama aktarılır. Hastaya da bu oluşturulan liste, kart şeklinde düzenlenir. Bu şekilde diğer hekimler de muayene sırasında bu listeyi değerlendirebilmektedir.

Sonraki aşamada hastayla birlikte gereksiz, uygunsuz ya da hastaya yarardan çok zararı olan ilaçlar belirlenmektedir. İlaçlarla ilgili hekimlere yararı olabilecek uygulamalar bu aşamada kolaylık sağlamaktadır.

İkinci aşamada belirlenen ilaçların dozu azaltılarak veya kesilerek hasta için yeni bir tedavi planı oluşturulur. Hastaya ilaçların çekilmesine bağlı oluşabilecek olumsuzluklarla ilgili bilgi verilip bu yüzden yakın takibe alınacağı konusunda uyarı yapılır.

Son aşamada ise hasta ve tedavisi düzenli olarak gözden geçirilir. Yapılan değişikliklere bağlı oluşabilecek durumlar yakından takip edilir (63).

### 3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmaya başlamadan önce Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23.06.2017 tarih ve 11/12 karar no ile onay alınmıştır (Ek 1). Yapılan bu çalışma prospektif, tanımlayıcı ve gözlemsel niteliktedir.

Araştırmada Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne 01.07.2017-30.09.2017 tarihleri arasında, herhangi bir nedenle başvuran, 18 yaş ve üstünde, araştırmaya katılmayı kabul eden kişilere sözlü ve yazılı (Ek 2) izinleri alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile hazırlanmış olan araştırma soruları yöneltmiştir.

Aile hekimliği polikliniklerinde takip edilen hastaların akılcı ilaç kullanımına ne ölçüde dikkat ettiğinin belirlenmesi amacıyla, konuya ilişkin araştırmacılar tarafından literatür taraması yapıldıktan sonra oluşturulan anket soruları, hastalara sorulmuştur. Sorular sosyodemografik bilgileri ve akılcı ilaç kullanımı ile ilgili verileri kapsamaktadır. Ankette toplam 22 soru bulunmaktadır (Ek 3). Katılımcılara anket uygulandıktan sonra AİK ile ilgili bilgilendirme yapılarak konuyla ilgili farkındalıklarının artırılması sağlanmıştır. Ayrıca yapılan bu araştırma ile aile hekimliğinde takip edilen hastaların en fazla hangi ilaçları kullandıkları, reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanma alışkanlıkları, tedaviye uyum oranları ve bu durumları etkileyen faktörler belirlenmeye çalışılmıştır. Aydınlatılmış onam formu, araştırma anketi ve AİK ile ilgili bilgilendirme formu eklerde mevcuttur (Ek 4).

Antalya İli nüfusunu evren kabul ettiğimizde ( $E=2.328.555$ ); %95 güven aralığı ve %5 örneklem hatası ve %95 güç ile örneklem büyüklüğünün en az 384 kişi olması gerektiği hesaplanmıştır. Çalışmaya 400 katılımcı dahil edilmiştir.

Çalışmada tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde ve ortalama±standart sapma (SS) değerleri ile sunulmuştur. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Fisher's Exact Test veya Pearson ki-kare testi kullanılmıştır. Analizler SPSS 20.0 paket programı ile yapılmıştır. 0,05'den küçük p değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## 4. BULGULAR

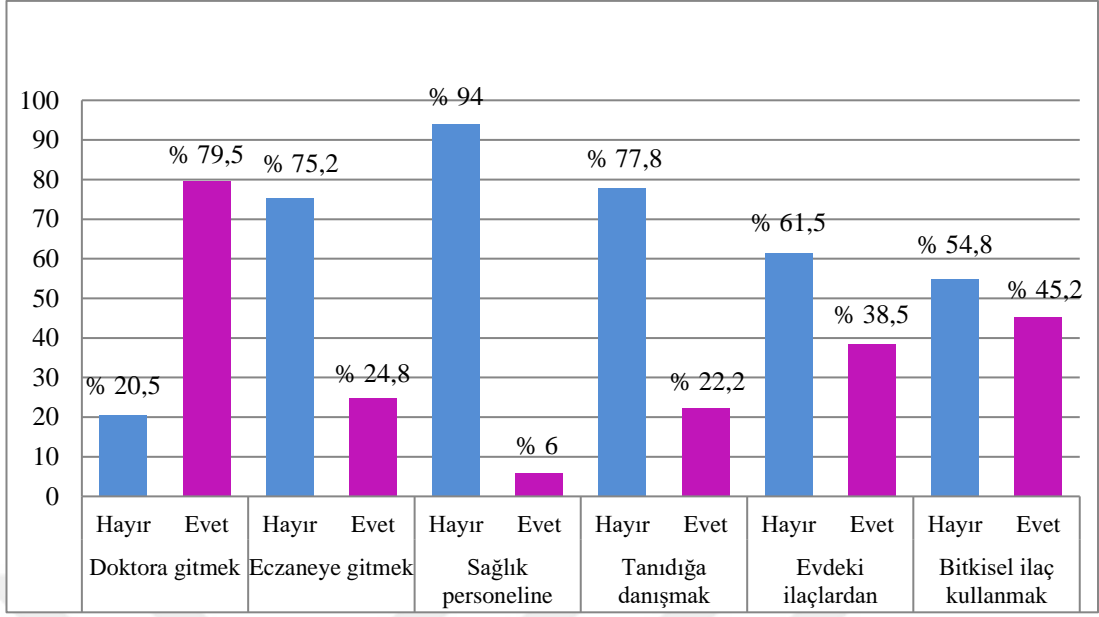
Çalışmaya 18-88 yaş arası toplam 400 gönüllü katılmıştır. Araştırmada yaş ortalaması  $47\pm 17$ 'dir. Katılımcıların %56,5'i kadın, %78,5'i 64 yaş ve altında, %68,8'i ise evlidir. Lise ve üzeri eğitim almış olanlar %68,8 oranında bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %55,9'u çalışmaktadır. Yüzde 3'ü dışındakilerin sağlık güvenceleri vardır. Katılımcılar arasında yalnız yaşayanlar %13,5 oranındadır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de verilmiştir.



**Tablo 4.1. Hastaların demografik özellikleri**

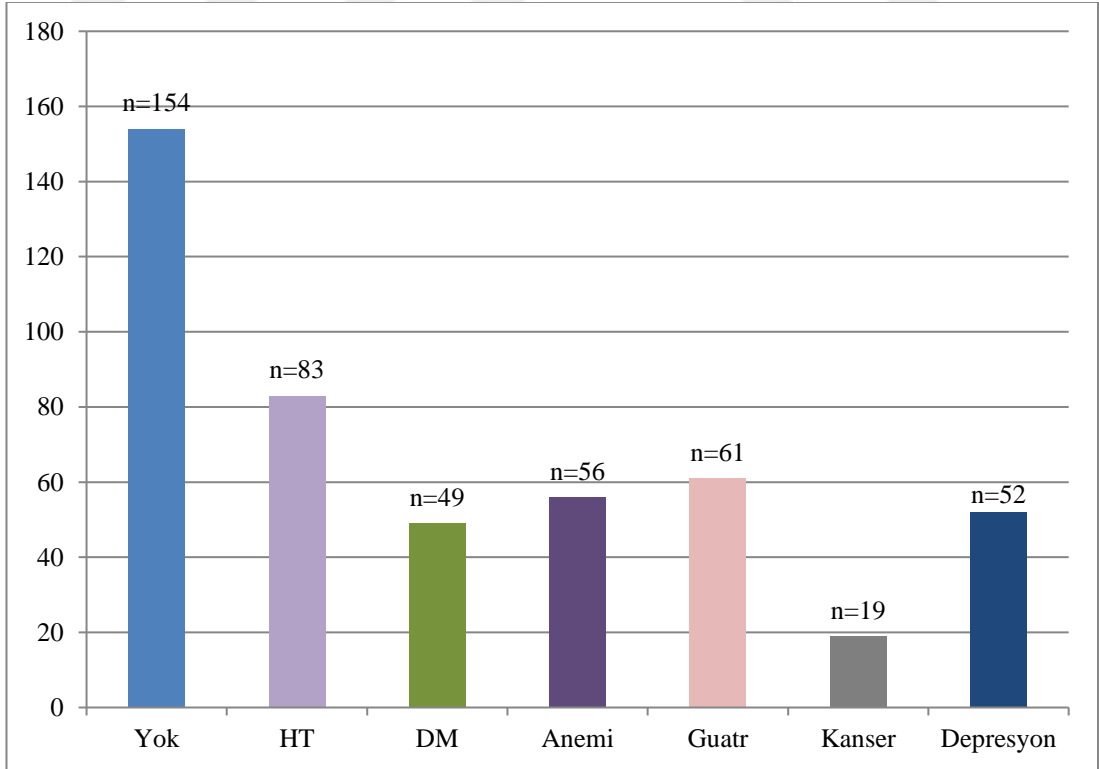
Demografik özellik		(n=400)
Yaş, Ort±SS/medyan (min-max)		47±17/46(18-88)
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	314(78,5)
	65 yaş ve üstü	86(21,5)
Cinsiyet, n(%)	Kadın	226(56,5)
	Erkek	174(43,5)
Medeni durum, n(%)	Evli	275(68,8)
	Bekar	88(22)
	Boşanmış	37(9,2)
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	17(4,2)
	Okur-yazar	15(3,8)
	İlkokul	52(13)
	Ortaokul	41(10,2)
	Lise	100(25)
	Üniversite	148(37)
	Yüksek lisans/doktora	27(6,8)
Meslek, n(%)	Ev hanımı	77(19,3)
	Memur	105(26,3)
	İşçi	33(8,3)
	Esnaf	15(3,8)
	Özel	62(15,5)
	İşsiz	13(3,3)
	Emekli	70(17,5)
	Öğrenci	17(4,3)
	Diğer	8(2)
Güvence, n(%)	SSK	148(37)
	Bağ-Kur	61(15,3)
	Emekli sandığı	158(39,5)
	Yeşil kart	8(2)
	Özel	13(3,2)
	Sigortasız	12(3)
Birlikte yaşadığı kişiler, n(%)	Yalnız	54(13,5)
	Karı-koca	96(24)
	Çekirdek aile	243(60,8)
	Geniş aile	7(1,8)

Çalışmaya katılanların hastalandıklarında izledikleri yöntemlerin neler olduğu sorulmuştur. Bu soruya birden fazla yanıt verilebileceği belirtilmiştir. Katılımcılar soruyu en fazla “doktora giderim”, en az “diğer sağlık personeline danışırım” şeklinde cevaplamıştır. Sonuçlar Şekil 4.1.’de özetlenmiştir.



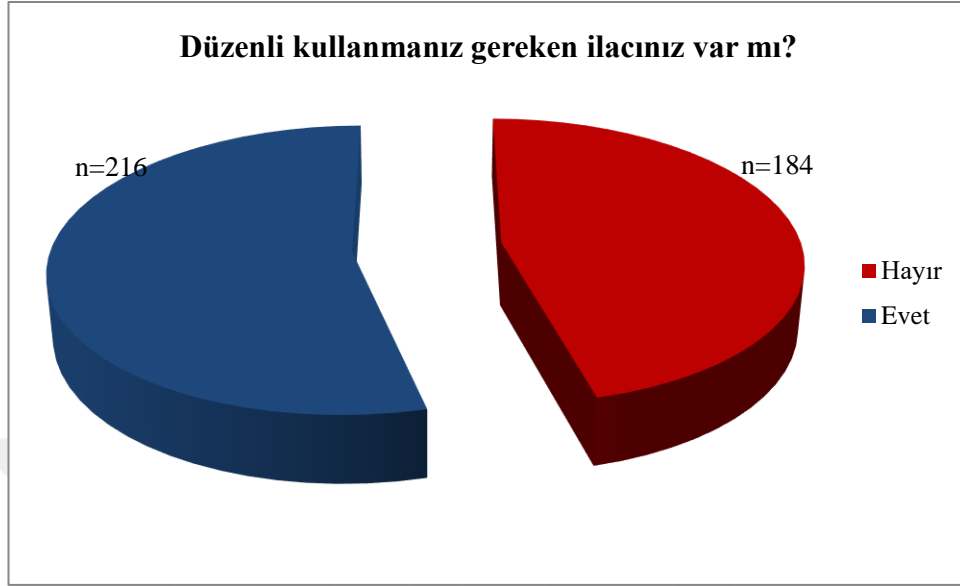
**Şekil 4.1. Hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler**

Katılımcılara kronik hastalık varlığı sorulduğunda 154 kişi kronik hastalığı olmadığını belirtmiştir. Var olan kronik hastalıkların dağılımı da Şekil 4.2’de grafik ile gösterilmiştir.



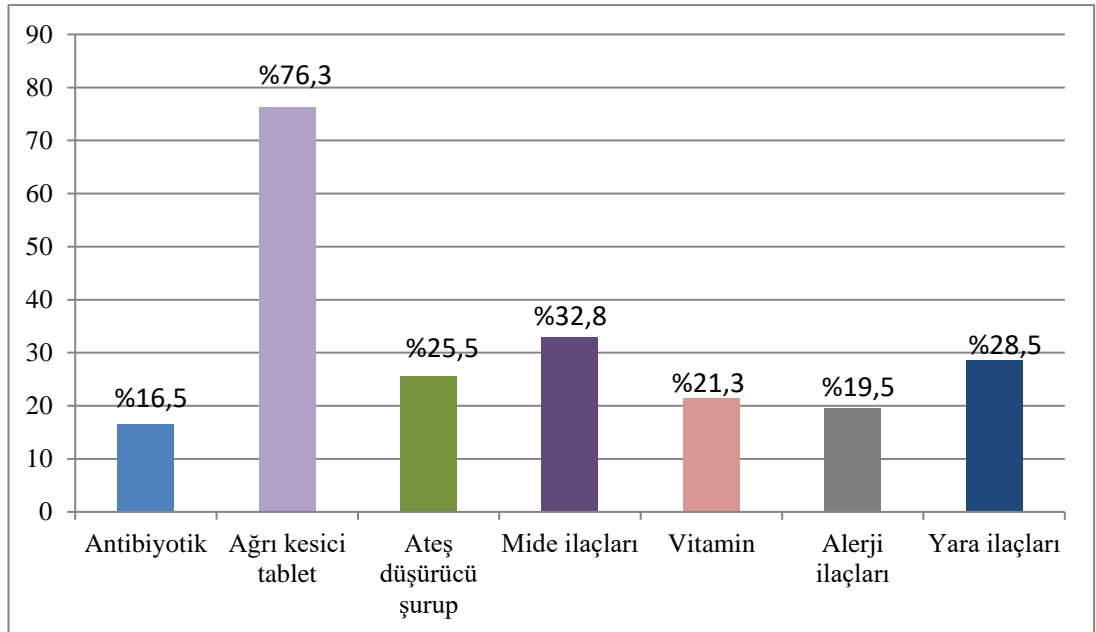
**Şekil 4.2. Hastaların kronik hastalıklarının dağılımı**

Çalışmaya katılan 400 kişiden 216'sının düzenli ilaç kullandığı saptanmıştır (Şekil 4.3).



Şekil 4.3. Düzenli kullanılması gereken ilaçların varlığı

“Evde hangi tür ilaçlar buldurursunuz?” sorusuna verilen cevabın en yüksek oranda ağrı kesiciler olduğu görülmüştür. Ayrıca katılımcıların sırasıyla mide ilaçlarını, yara ilaçlarını, ateş düşürücüleri, vitaminleri, alerji ilaçlarını, antibiyotikleri de sıklıkla evlerinde bulduklarını öğrenilmiştir (Şekil 4.4).



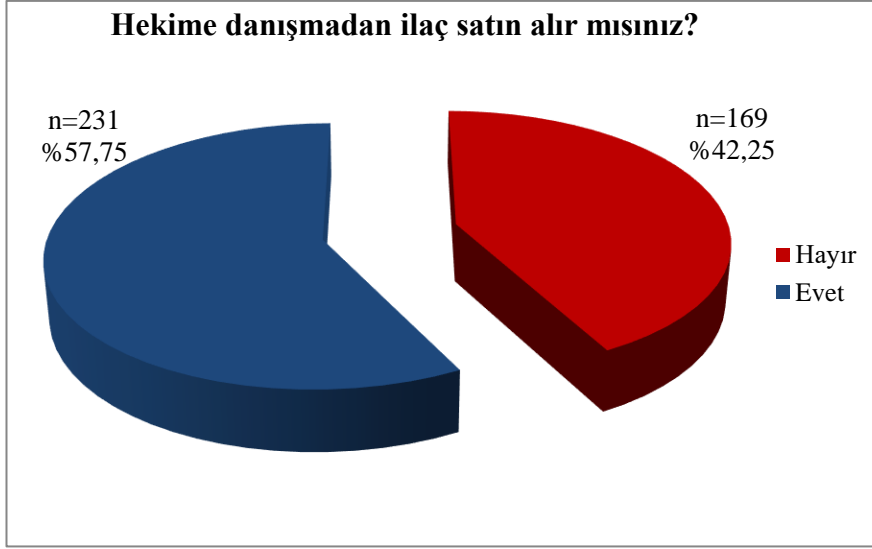
Şekil 4.4. Evde buldurulan ilaç türleri

Ankete katılanların %60,3'ü reçete edilen ilaçları doktor önerisine uygun olarak kullandığını, %25,3'ü şikayetleri geçince bıraktığını, %14,3'ü ise reçeteli ilaçlarını düzensiz kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %84,3'ü gerekli olabileceğini düşünerek evde ilaç bulundurduğunu belirtmiştir. Hastaların genel ilaç kullanım bilgileri Tablo 4.2'de özetlenmiştir.

**Tablo 4.2. Hastaların ilaç kullanım bilgileri**

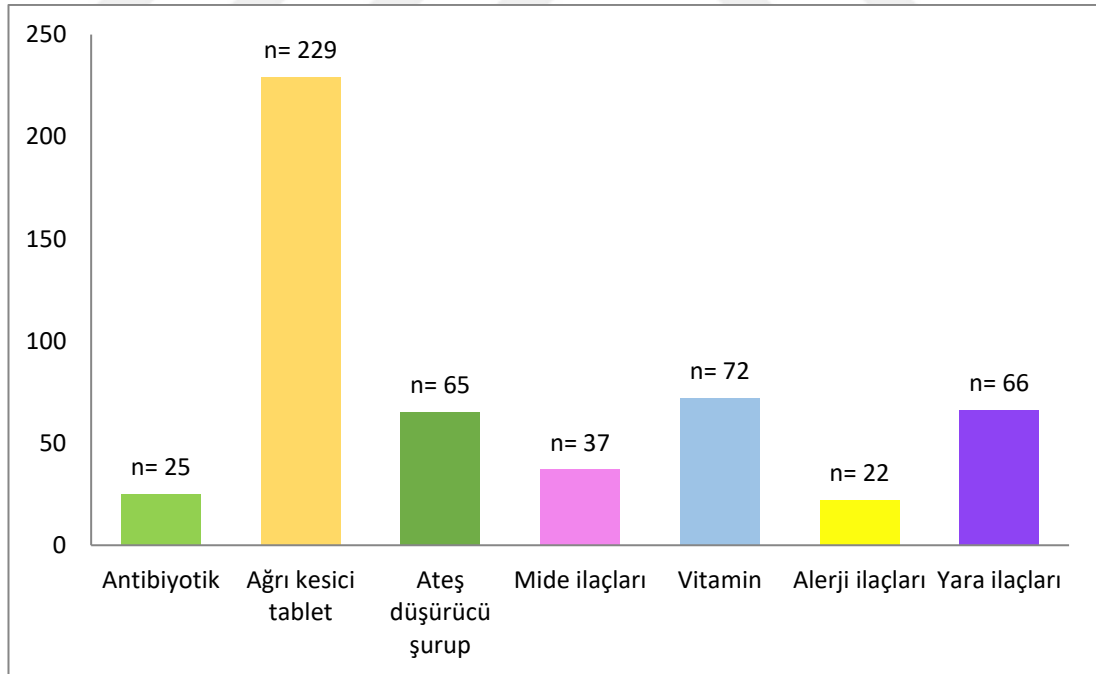
<b>İlaç kullanım bilgilerine ilişkin yanıtlar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Size reçete edilen ilaçları nasıl kullanırsınız?</b>		
Doktorun önerdiği doz ve sürede	241	60,3
Şikayetlerim düzelene kadar	101	25,3
Düzensiz	57	14,3
Diğer	1	0,3
<b>Hiç ilaç yan etkisi ve/ veya alerjisi yaşadınız mı?</b>		
Hayır	241	60,3
Evet	159	39,8
<b>Gerekli olabileceği için evde ilaç bulundurur musunuz?</b>		
Hayır	63	15,8
Evet	337	84,3
<b>Evde bulundurduğunuz ilaçları kullanırken nelere dikkat edersiniz?</b>		
Şikayetlerime uygunluğuna	322	80,5
Son kullanma tarihine	221	55,3
İlaç yan etkilerine	129	32,3
Kullanım şekillerine (Tablet, şurup, enjeksiyon vs.)	78	19,5

Hekime danışmadan ilaç alıp kullanma ülkemizde olduğu kadar dünyada da sık karşılaşılan bir halk sağlığı sorunudur. Bu nedenle katılımcılarımıza hekime danışmadan ilaç alıp almadıkları sorulmuştur. Bu soruya 231 kişi evet yanıtı vermiştir (Şekil 4.5).



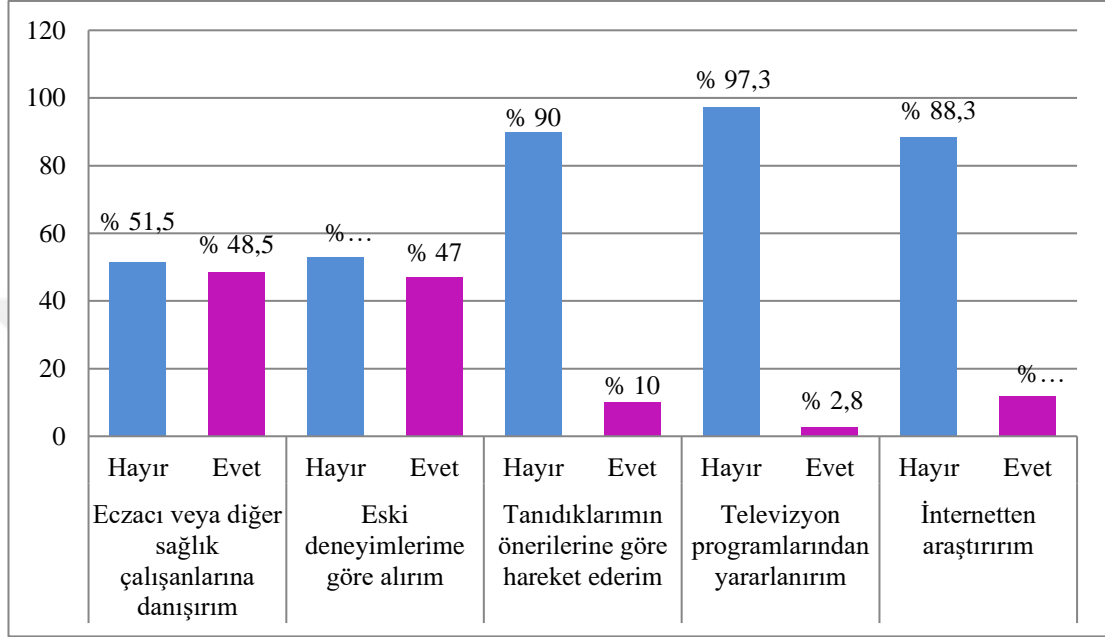
**Şekil 4.5. Hekime danışmadan ilaç satın alma durumları**

Hekime danışmadan alınan ilaçların çoğunluğunun ağrı kesiciler olduğu görülmüş olup katılımcıların bunların yanında sırasıyla vitaminleri, yara kremlerini, ateş düşürücüleri, mide ilaçlarını, antibiyotiklerini, alerji ilaçlarını da doktora danışmadan aldıkları öğrenilmiştir (Şekil 4.6).



**Şekil 4.6. Hekime danışmadan alınan ilaç türleri**

Katılımcılara hekime danışmadan alınan ilaçlarda nelere dikkat ederek karar verdiklerini sorulduğunda katılımcıların büyük kısmı eski deneyimlerine göre ve eczacı ya da diğer sağlık personellerine danışarak ilaç satın aldıklarını belirtmişlerdir. Dağılım Şekil 4.7’deki gibidir.



Şekil 4.7. Hekime danışmadan ilaç alındığında dikkat edilen faktörler

Toplumda rahatsızlıklar karşısında farmakolojik ilaç kullananlar kadar alternatif tıp yöntemlerini ve bitkisel ilaçları kullananlar da bulunmaktadır. Araştırmamıza katılan hastaların bitkisel tedavi ve alternatif tıp yöntemlerine başvuru yüzde ve sayıları Tablo 4.3’te belirtilmiştir.

Tablo 4.3. Hastaların bitkisel veya alternatif tedavi yöntemlerini kullanma durumları

Bitkisel veya alternatif tedavi yöntemlerini kullanımı	n	%
Bitkisel ilaçları tedavi amacıyla kullanır mısınız?		
Hayır	154	38,5
Evet	246	61,5
Alternatif tıp yöntemlerini tedavi amacıyla kullanır mısınız?		
Hayır	312	78,0
Evet	88	22,0

Tablo 4.4'te katılımcıların hastalandığında doktora başvurma durumu ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Altmış dört yaş ve altındakilerin, kadınların, evlilerin hastalandıklarında çoğunlukla doktora başvurdukları görülmüştür. Öğrenim durumları, meslek grupları, sosyal güvence varlığına göre gruplar kendi içlerinde karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Bulgular p değerleri ile birlikte Tablo 4.4'te belirtilmiştir.

**Tablo 4.4. Hastalandığında doktora gitme durumuna göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Demografik özellikler		Hayır n:82	Evet n:318	p
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	71(86,6)	243(76,4)	<b>0,046</b>
	65 yaş ve üstü	11(13,4)	75(23,6)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	38(46,3)	188(59,1)	<b>0,037</b>
	Erkek	44(53,7)	130(40,9)	
Medeni Durum, n(%)	Evli	36(43,9)	239(75,2)	<b>&lt;0,001</b>
	Bekar	35(42,7)	53(16,7)	
	Boşanmış	11(13,4)	26(8,2)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	4(4,9)	13(4,1)	<b>0,017</b>
	Okur-yazar	0(0)	15(4,7)	
	İlkokul	5(6,1)	47(14,8)	
	Ortaokul	6(7,3)	35(11)	
	Lise	29(35,4)	71(22,3)	
	Üniversite	35(42,7)	113(35,5)	
	Yüksek lisans/doktora	3(3,7)	24(7,5)	
Meslek, n(%)	Ev hanımı	6(7,3)	71(22,3)	<b>&lt;0,001</b>
	Memur	18(22)	87(27,4)	
	İşçi	12(14,6)	21(6,6)	
	Esnaf	3(3,7)	12(3,8)	
	Özel	17(20,7)	45(14,2)	
	İşsiz	9(11)	4(1,3)	
	Emekli	7(8,5)	63(19,8)	
	Öğrenci	7(8,5)	10(3,1)	
	Diğer	3(3,7)	5(1,6)	
Güvence, n(%)	SSK	36(43,9)	112(35,2)	<b>&lt;0,001</b>
	Bağ-Kur	6(7,3)	55(17,3)	
	Emekli sandığı	25(30,5)	133(41,8)	
	Yeşil kart	1(1,2)	7(2,2)	
	Özel	4(4,9)	9(2,8)	
	Sigortasız	10(12,2)	2(0,6)	

Katılımcıların hastalandıklarında eczaneye başvurma durumları ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırıldığında meslek grupları arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.5).

**Tablo 4.5. Eczaneye gitme durumuna göre demografik özellikleri**

Demografik özellikler		Hayır n:301	Evet n:99	p
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	234(77,7)	80(80,8)	0,519
	65 yaş ve üstü	67(22,3)	19(19,2)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	167(55,5)	59(59,6)	0,474
	Erkek	134(44,5)	40(40,4)	
Medeni Durum, n(%)	Evli	213(70,8)	62(62,6)	0,289
	Bekar	61(20,3)	27(27,3)	
	Boşanmış	27(9)	10(10,1)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	13(4,3)	4(4)	0,381
	Okur-yazar	10(3,3)	5(5,1)	
	İlkokul	45(15)	7(7,1)	
	Ortaokul	32(10,6)	9(9,1)	
	Lise	71(23,6)	29(29,3)	
	Üniversite	112(37,2)	36(36,4)	
	Yüksek lisans/doktora	18(6)	9(9,1)	
Meslek, n(%)	Ev hanımı	63(20,9)	14(14,1)	<b>0,007</b>
	Memur	84(27,9)	21(21,2)	
	İşçi	24(8)	9(9,1)	
	Esnaf	8(2,7)	7(7,1)	
	Özel	36(12)	26(26,3)	
	İşsiz	8(2,7)	5(5,1)	
	Emekli	57(18,9)	13(13,1)	
	Öğrenci	15(5)	2(2)	
	Diğer	6(2)	2(2)	
Güvence, n(%)	SSK	108(35,9)	40(40,4)	0,134
	Bağ-Kur	41(13,6)	20(20,2)	
	Emekli sandığı	129(42,9)	29(29,3)	
	Yeşil kart	5(1,7)	3(3)	
	Özel	8(2,7)	5(5,1)	
	Sigortasız	10(3,3)	2(2)	

Katılımcıların diğer sağlık personeline danışma durumları; yaş grupları, cinsiyet, medeni durum, öğrenim, meslek grupları, sosyal güvencelerine göre karşılaştırılmıştır (Tablo 4.6).

**Tablo 4.6. Diğer sağlık personeline danışma durumuna göre demografik özellikleri**

Demografik özellikler		Hayır n:376	Evet n:24	P
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	295(78,5)	19(79,2)	0,935
	65 yaş ve üstü	81(21,5)	5(20,8)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	210(55,9)	16(66,7)	0,300
	Erkek	166(44,1)	8(33,3)	
Medeni Durum, n(%)	Evlü	260(69,1)	15(62,5)	0,309
	Bekar	80(21,3)	8(33,3)	
	Boşanmış	36(9,6)	1(4,2)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	16(4,3)	1(4,2)	NA*
	Okur-yazar	12(3,2)	3(12,5)	
	İlkokul	50(13,3)	2(8,3)	
	Ortaokul	41(10,9)	0(0)	
	Lise	94(25)	6(25)	
	Üniversite	137(36,4)	11(45,8)	
	Yüksek lisans/doktora	26(6,9)	1(4,2)	
Meslek, n(%)	Ev hanımı	73(19,4)	4(16,7)	NA*
	Memur	101(26,9)	4(16,7)	
	İşçi	30(8)	3(12,5)	
	Esnaf	14(3,7)	1(4,2)	
	Özel	57(15,2)	5(20,8)	
	İşsiz	11(2,9)	2(8,3)	
	Emekli	68(18,1)	2(8,3)	
	Öğrenci	14(3,7)	3(12,5)	
	Diğer	8(2,1)	0(0)	
Güvence, n(%)	SSK	139(37)	9(37,5)	NA*
	Bağ-Kur	56(14,9)	5(20,8)	
	Emekli sandığı	150(39,9)	8(33,3)	
	Yeşil kart	7(1,9)	1(4,2)	
	Özel	12(3,2)	1(4,2)	
	Sigortasız	12(3,2)	0(0)	

\*NA: Not applied (p değeri verilemez).

Katılımcıların ilaç kullanımları sırasında tanıdık veya akrabaya danışıp danışmadıkları sorulmuştur. Cevaplar öğrenim durumları ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p=0,001) (Tablo 4.7).

**Tablo 4.7. Tanıdıklarına veya akrabalarına danışmalarına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Demografik özellikler		Hayır n:311	Evet n:89	p
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	250(80,4)	64(71,9)	0,086
	65 yaş ve üstü	61(19,6)	25(28,1)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	168(54)	58(65,2)	0,061
	Erkek	143(46)	31(34,8)	
Medeni Durum, n(%)	Evli	218(70,1)	57(64)	0,538
	Bekar	66(21,2)	22(24,7)	
	Boşanmış	27(8,7)	10(11,2)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	12(3,9)	5(5,6)	<b>0,001</b>
	Okur-yazar	8(2,6)	7(7,9)	
	İlkokul	32(10,3)	20(22,5)	
	Ortaokul	37(11,9)	4(4,5)	
	Lise	76(24,4)	24(27)	
	Üniversite	121(38,9)	27(30,3)	
	Yüksek lisans/doktora	25(8)	2(2,2)	
Meslek, n(%)	Ev hanımı	53(17)	24(27)	0,103
	Memur	92(29,6)	13(14,6)	
	İşçi	24(7,7)	9(10,1)	
	Esnaf	10(3,2)	5(5,6)	
	Özel	48(15,4)	14(15,7)	
	İşsiz	10(3,2)	3(3,4)	
	Emekli	57(18,3)	13(14,6)	
	Öğrenci	11(3,5)	6(6,7)	
	Diğer	6(1,9)	2(2,2)	
Güvence, n(%)	SSK	110(35,4)	38(42,7)	0,113
	Bağ-Kur	44(14,1)	17(19,1)	
	Emekli sandığı	133(42,8)	25(28,1)	
	Yeşil kart	6(1,9)	2(2,2)	
	Özel	11(3,5)	2(2,2)	
	Sigortasız	7(2,3)	5(5,6)	

Katılımcıların hastalandıklarında evdeki ilaçları kullanım durumları değerlendirildiğinde evlilerin bekarlara ve boşanmışlara göre daha sık evdeki ilaçları kullanmayı tercih ettikleri öğrenilmiştir. Ayrıca hastalanınca evdeki ilaçları kullanma durumu ile meslekler ve sosyal güvenceleri kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır. Grupların yüzde, sayı ve p değerleri Tablo 4.8’de verilmiştir.

**Tablo 4.8. Hastalandığında evdeki ilaçlardan kullanma durumuna göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Demografik özellikler		Hayır n:246	Evet n:154	p
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	189(76,8)	125(81,2)	0,304
	65 yaş ve üstü	57(23,2)	29(18,8)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	138(56,1)	88(57,1)	0,837
	Erkek	108(43,9)	66(42,9)	
Medeni Durum, n(%)	Evli	180(73,2)	95(61,7)	<b>0,033</b>
	Bekar	44(17,9)	44(28,6)	
	Boşanmış	22(8,9)	15(9,7)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	12(4,9)	5(3,2)	0,222
	Okur-yazar	12(4,9)	3(1,9)	
	İlkokul	37(15)	15(9,7)	
	Ortaokul	28(11,4)	13(8,4)	
	Lise	58(23,6)	42(27,3)	
	Üniversite	85(34,6)	63(40,9)	
	Yüksek lisans/doktora	14(5,7)	13(8,4)	
Meslek, n(%)	Ev hanımı	62(25,2)	15(9,7)	<b>0,001</b>
	Memur	63(25,6)	42(27,3)	
	İşçi	17(6,9)	16(10,4)	
	Esnaf	12(4,9)	3(1,9)	
	Özel	31(12,6)	31(20,1)	
	İşsiz	3(1,2)	10(6,5)	
	Emekli	44(17,9)	26(16,9)	
	Öğrenci	10(4,1)	7(4,5)	
	Diğer	4(1,6)	4(2,6)	
Güvence, n(%)	SSK	81(32,9)	67(43,5)	<b>0,022</b>
	Bağ-Kur	48(19,5)	13(8,4)	
	Emekli sandığı	98(39,8)	60(39)	
	Yeşil kart	6(2,4)	2(1,3)	
	Özel	8(3,3)	5(3,2)	
	Sigortasız	5(2)	7(4,5)	

Kadınların hastalandıklarında bitkisel tedavileri erkeklere göre daha fazla tercih ettiği görülürken, öğrenim durumu ve meslek gruplarına göre de bitkisel tedaviye başvuruların değişkenlik gösterdiği öğrenilmiştir. Hastalandıklarında bitkisel tedavileri deneyenlerin yaş grupları ve medeni durumları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.9).

**Tablo 4.9. Hastalandığında bitkisel ilaç kullanma durumuna göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Demografik özellikler		Hayır n:219	Evet n:181	P
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	178(81,3)	136(75,1)	0,137
	65 yaş ve üstü	41(18,7)	45(24,9)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	111(50,7)	115(63,5)	<b>0,010</b>
	Erkek	108(49,3)	66(36,5)	
Medeni Durum, n(%)	Evli	152(69,4)	123(68)	0,734
	Bekar	49(22,4)	39(21,5)	
	Boşanmış	18(8,2)	19(10,5)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	7(3,2)	10(5,5)	<b>0,025</b>
	Okur-yazar	4(1,8)	11(6,1)	
	İlkokul	23(10,5)	29(16)	
	Ortaokul	19(8,7)	22(12,2)	
	Lise	56(25,6)	44(24,3)	
	Üniversite	92(42)	56(30,9)	
	Yüksek lisans/doktora	18(8,2)	9(5)	
Meslek, n(%)	Ev hanımı	38(17,4)	39(21,5)	<b>0,013</b>
	Memur	67(30,6)	38(21)	
	İşçi	19(8,7)	14(7,7)	
	Esnaf	8(3,7)	7(3,9)	
	Özel	30(13,7)	32(17,7)	
	İşsiz	2(0,9)	11(6,1)	
	Emekli	36(16,4)	34(18,8)	
	Öğrenci	14(6,4)	3(1,7)	
	Diğer	5(2,3)	3(1,7)	
Güvence, n(%)	SSK	73(33,3)	75(41,4)	<b>0,003</b>
	Bağ-Kur	29(13,2)	32(17,7)	
	Emekli sandığı	101(46,1)	57(31,5)	
	Yeşil kart	4(1,8)	4(2,2)	
	Özel	10(4,6)	3(1,7)	
	Sigortasız	2(0,9)	10(5,5)	

Reçete edilen ilaçların kullanımlarına göre demografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Sonuçlar Tablo 4.10'da verildiği gibidir. Kadınlarda, evlilerde, daha fazla öğrenim görenlerde ilaçları düzenli kullanmaya daha çok dikkat edildiği görülmüş olup p değerleri Tablo 4.10'da verilmiştir.

**Tablo 4.10. Reçete edilen ilaçları kullanımına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Demografik özellikler		Doktorun önerdiği doz ve sürede n:241	Şikayetleri düzelene kadar n:101	Düzensiz n:57	p
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	189(78,4)	74(73,3)	51(89,5)	0,057
	65 yaş ve üstü	52(21,6)	27(26,7)	6(10,5)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	152(63,1)	58(57,4)	16(28,1)	<0,001
	Erkek	89(36,9)	43(42,6)	41(71,9)	
Medeni Durum, n(%)	Evli	180(74,7)	67(66,3)	27(47,4)	0,001
	Bekar	40(16,6)	26(25,7)	22(38,6)	
	Boşanmış	21(8,7)	8(7,9)	8(14)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	14(5,8)	3(3)	0(0)	0,006
	Okur-yazar	11(4,6)	4(4)	0(0)	
	İlkokul	32(13,3)	14(13,9)	6(10,5)	
	Ortaokul	20(8,3)	11(10,9)	10(17,5)	
	Lise	47(19,5)	36(35,6)	17(29,8)	
	Üniversite	94(39)	30(29,7)	23(40,4)	
Meslek, n(%)	Yüksek lisans/doktora	23(9,5)	3(3)	1(1,8)	0,058
	Çalışmıyor	109(45,2)	55(54,5)	20(35,1)	
Güvence, n(%)	Çalışıyor	132(54,8)	46(45,5)	37(64,9)	NA
	SSK	77(32)	44(43,6)	26(45,6)	
	Bağ-Kur	34(14,1)	21(20,8)	6(10,5)	
	Emekli Sandığı	116(48,1)	26(25,7)	16(28,1)	
	Yeşil kart	4(1,7)	4(4)	0(0)	
	Özel	7(2,9)	3(3)	3(5,3)	
	Sigortasız	3(1,2)	3(3)	6(10,5)	

Gerekli olabileceğini düşünerek evde ilaç bulundurma yaş grupları arasında kıyaslandığında çoğunluğu 64 yaş ve altı olanların oluşturduğu saptanmış olup istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,013). Cinsiyetler karşılaştırıldığında kadınların daha fazla evde ilaç buldukları, öğrenim durumlarına göre değerlendirildiğinde ise en fazla üniversite mezunlarının evde ilaç bulduğunu görülmüştür (Tablo 4.11).

**Tablo 4.11. Evde ilaç bulundurma durumlarına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Demografik özellikler		Hayır n:63	Evet n:337	P
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	42(66,7)	272(80,7)	<b>0,013</b>
	65 yaş ve üstü	21(33,3)	65(19,3)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	27(42,9)	199(59,1)	<b>0,017</b>
	Erkek	36(57,1)	138(40,9)	
Medeni Durum, n(%)	Evli	38(60,3)	237(70,3)	0,200
	Bekar	16(25,4)	72(21,4)	
	Boşanmış	9(14,3)	28(8,3)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	8(12,7)	9(2,7)	<b>0,010</b>
	Okur-yazar	1(1,6)	14(4,2)	
	İlkokul	8(12,7)	44(13,1)	
	Ortaokul	5(7,9)	36(10,7)	
	Lise	19(30,2)	81(24)	
	Üniversite	17(27)	131(38,9)	
	Yüksek lisans/doktora	5(7,9)	22(6,5)	
Meslek, n(%)	Ev hanımı	12(19)	65(19,3)	0,299
	Memur	16(25,4)	89(26,4)	
	İşçi	5(7,9)	28(8,3)	
	Esnaf	0(0)	15(4,5)	
	Özel	6(9,5)	56(16,6)	
	İşsiz	4(6,3)	9(2,7)	
	Emekli	16(25,4)	54(16)	
	Öğrenci	3(4,8)	14(4,2)	
	Diğer	1(1,6)	7(2,1)	
Güvence, n(%)	SSK	20(31,7)	128(38)	0,182
	Bağ-Kur	11(17,5)	50(14,8)	
	Emekli sandığı	23(36,5)	135(40,1)	
	Yeşil kart	2(3,2)	6(1,8)	
	Özel	2(3,2)	11(3,3)	
	Sigortasız	5(7,9)	7(2,1)	

Tablo 4.12’de evde antibiyotik bulunduranların yaş grupları ile karşılaştırılmasında 64 ve altı yaş grubunun %87,9 oranında antibiyotik bulundurduğu görülmüştür. İstatistiksel olarak yaş grupları arasında anlamlı fark vardır (p=0,042). Üniversite mezunları evde antibiyotik bulunduranların çoğunluğunu oluşturmaktadır (%47). Öğrenim durumlarının karşılaştırılmasında da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,004).

**Tablo 4.12. Evde antibiyotik bulundurma durumlarına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Demografik özellikler		Hayır n:334	Evet n:66	p
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	256(76,6)	58(87,9)	<b>0,042</b>
	65 yaş ve üstü	78(23,4)	8(12,1)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	184(55,1)	42(63,6)	0,201
	Erkek	150(44,9)	24(36,4)	
Medeni Durum, n(%)	Evli	235(70,4)	40(60,6)	0,141
	Bekar	72(21,6)	16(24,2)	
	Boşanmış	27(8,1)	10(15,2)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	17(5,1)	0(0)	<b>0,004</b>
	Okur-yazar	11(3,3)	4(6,1)	
	İlkokul	46(13,8)	6(9,1)	
	Ortaokul	37(11,1)	4(6,1)	
	Lise	89(26,6)	11(16,7)	
	Üniversite	117(35)	31(47)	
	Yüksek lisans/doktora	17(5,1)	10(15,2)	
Meslek, n(%)	Ev hanımı	66(19,8)	11(16,7)	0,257
	Memur	82(24,6)	23(34,8)	
	İşçi	29(8,7)	4(6,1)	
	Esnaf	11(3,3)	4(6,1)	
	Özel	48(14,4)	14(21,2)	
	İşsiz	12(3,6)	1(1,5)	
	Emekli	63(18,9)	7(10,6)	
	Öğrenci	16(4,8)	1(1,5)	
	Diğer	7(2,1)	1(1,5)	
Güvence, n(%)	SSK	127(38)	21(31,8)	0,438
	Bağ-Kur	54(16,2)	7(10,6)	
	Emekli sandığı	127(38)	31(47)	
	Yeşil kart	7(2,1)	1(1,5)	
	Özel	9(2,7)	4(6,1)	
	Sigortasız	10(3)	2(3)	

Hekime danışmadan ilaç alımı 64 yaş ve altındaki kişilerde, kadınlarda, evlilerde, üniversite mezunları ve sağlık güvencesi bulunanlar arasında fazla bulunmuştur. P değerleri Tablo 4.13'te belirtilmiştir.

**Tablo 4.13. Hekime danışmadan ilaç alma durumlarına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Demografik özellikler		Hayır n:169	Evet n:231	P
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	122(72,2)	192(83,1)	<b>0,009</b>
	65 yaş ve üstü	47(27,8)	39(16,9)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	95(56,2)	131(56,7)	0,921
	Erkek	74(43,8)	100(43,3)	
Medeni Durum, n(%)	Evli	124(73,4)	151(65,4)	0,203
	Bekar	33(19,5)	55(23,8)	
	Boşanmış	12(7,1)	25(10,8)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	13(7,7)	4(1,7)	<b>0,002</b>
	Okur-yazar	6(3,6)	9(3,9)	
	İlkokul	28(16,6)	24(10,4)	
	Ortaokul	17(10,1)	24(10,4)	
	Lise	45(26,6)	55(23,8)	
	Üniversite	56(33,1)	92(39,8)	
	Yüksek lisans/doktora	4(2,4)	23(10)	
Meslek, n(%)	Ev hanımı	42(24,9)	35(15,2)	<b>0,022</b>
	Memur	37(21,9)	68(29,4)	
	İşçi	10(5,9)	23(10)	
	Esnaf	6(3,6)	9(3,9)	
	Özel	18(10,7)	44(19)	
	İşsiz	6(3,6)	7(3)	
	Emekli	38(22,5)	32(13,9)	
	Öğrenci	8(4,7)	9(3,9)	
	Diğer	4(2,4)	4(1,7)	
Güvence, n(%)	SSK	60(35,5)	88(38,1)	0,829
	Bağ-Kur	30(17,8)	31(13,4)	
	Emekli sandığı	64(37,9)	94(40,7)	
	Yeşil kart	4(2,4)	4(1,7)	
	Özel	5(3)	8(3,5)	
	Sigortasız	6(3,6)	6(2,6)	

Katılımcıların kronik hastalık varlığı ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırılmıştır. Yaş grupları, cinsiyet, medeni hal, öğrenim durumu, meslek grupları, sosyal güvence varlığına göre karşılaştırılmalarında her bir grupta istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.14).

**Tablo 4.14. Kronik hastalık varlığına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Demografik özellikler		Hayır n:154	Evet n:246	P
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	147(95,5)	167(67,9)	<0,001
	65 yaş ve üstü	7(4,5)	79(32,1)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	76(49,4)	150(61)	0,022
	Erkek	78(50,6)	96(39)	
Medeni Durum, n(%)	Evli	94(61)	181(73,6)	0,002
	Bekar	48(31,2)	40(16,3)	
	Boşanmış	12(7,8)	25(10,2)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	1(0,6)	16(6,5)	<0,001
	Okur-yazar	0(0)	15(6,1)	
	İlkokul	9(5,8)	43(17,5)	
	Ortaokul	7(4,5)	34(13,8)	
	Lise	37(24)	63(25,6)	
	Üniversite	80(51,9)	68(27,6)	
	Yüksek lisans/doktora	20(13)	7(2,8)	
Meslek, n(%)	Ev hanımı	11(7,1)	66(26,8)	<0,001
	Memur	68(44,2)	37(15)	
	İşçi	14(9,1)	19(7,7)	
	Esnaf	5(3,2)	10(4,1)	
	Özel	29(18,8)	33(13,4)	
	İşsiz	6(3,9)	7(2,8)	
	Emekli	7(4,5)	63(25,6)	
	Öğrenci	10(6,5)	7(2,8)	
	Diğer	4(2,6)	4(1,6)	
Güvence, n(%)	SSK	52(33,8)	96(39)	<0,001
	Bağ-Kur	11(7,1)	50(20,3)	
	Emekli sandığı	81(52,6)	77(31,3)	
	Yeşil kart	0(0)	8(3,3)	
	Özel	3(1,9)	10(4,1)	
	Sigortasız	7(4,5)	5(2)	

Toplumda sık karşılaşılan bazı kronik hastalıkların sosyodemografik özelliklere göre dağılımları tek tek verilmiştir. Hipertansiyon varlığına göre sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılmasındaki sayı, yüzde ve p değerleri Tablo 4.15'te verilmiştir.

**Tablo 4.15. Hipertansiyon varlığına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Demografik özellikler		Hayır n:317	Evet n:83	p
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	271(85,5)	43(51,8)	<0,001
	65 yaş ve üstü	46(14,5)	40(48,2)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	187(59)	39(47)	0,051
	Erkek	130(41)	44(53)	
Medeni Durum, n(%)	Evli	205(64,7)	70(84,3)	0,002
	Bekar	81(25,6)	7(8,4)	
	Boşanmış	31(9,8)	6(7,2)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	9(2,8)	8(9,6)	<0,001
	Okur-yazar	10(3,2)	5(6)	
	İlkokul	29(9,1)	23(27,7)	
	Ortaokul	24(7,6)	17(20,5)	
	Lise	84(26,5)	16(19,3)	
	Üniversite	134(42,3)	14(16,9)	
	Yüksek lisans/doktora	27(8,5)	0(0)	
Meslek, n(%)	Ev hanımı	52(16,4)	25(30,1)	<0,001
	Memur	101(31,9)	4(4,8)	
	İşçi	28(8,8)	5(6)	
	Esnaf	10(3,2)	5(6)	
	Özel	58(18,3)	4(4,8)	
	İşsiz	12(3,8)	1(1,2)	
	Emekli	33(10,4)	37(44,6)	
	Öğrenci	16(5)	1(1,2)	
	Diğer	7(2,2)	1(1,2)	
Güvence, n(%)	SSK	114(36)	34(41)	0,002
	Bağ-Kur	39(12,3)	22(26,5)	
	Emekli sandığı	135(42,6)	23(27,7)	
	Yeşil kart	5(1,6)	3(3,6)	
	Özel	13(4,1)	0(0)	
	Sigortasız	11(3,5)	1(1,2)	

Diyabet varlığına göre katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin kıyaslanması Tablo 4.16’da gösterilmiştir.

**Tablo 4.16. Diyabet varlığına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Demografik özellikler		Hayır n:351	Evet n:49	P
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	289(82,3)	25(51)	<b>&lt;0,001</b>
	65 yaş ve üstü	62(17,7)	24(49)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	197(56,1)	29(59,2)	0,686
	Erkek	154(43,9)	20(40,8)	
Medeni Durum, n(%)	Evlü	232(66,1)	43(87,8)	<b>0,009</b>
	Bekar	84(23,9)	4(8,2)	
	Boşanmış	35(10)	2(4,1)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	12(3,4)	5(10,2)	<b>&lt;0,001</b>
	Okur-yazar	11(3,1)	4(8,2)	
	İlkokul	41(11,7)	11(22,4)	
	Ortaokul	31(8,8)	10(20,4)	
	Lise	90(25,6)	10(20,4)	
	Üniversite	141(40,2)	7(14,3)	
	Yüksek lisans/doktora	25(7,1)	2(4,1)	
Meslek, n(%)	Çalışmıyor	146(41,6)	39(79,6)	<b>&lt;0,001</b>
	Çalışıyor	205(58,4)	10(20,4)	
Güvence, n(%)	SSK	127(36,2)	21(42,9)	0,373
	Bağ-Kur	53(15,1)	8(16,3)	
	Emekli sandığı	140(39,9)	18(36,7)	
	Yeşil kart	6(1,7)	2(4,1)	
	Özel	13(3,7)	0(0)	
	Sigortasız	12(3,4)	0(0)	

Anemi varlığı ile araştırmaya katılanların yaş grupları, cinsiyet, öğrenim durumları, meslek grupları, sosyal güvenceleri kıyaslandığında her grup içerisinde istatistiksel anlamlı farklar saptanmıştır (Tablo 4.17).

**Tablo 4.17. Anemi varlığına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Demografik özellikler		Hayır n:344	Evet n:56	p
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	289(84)	25(44,6)	<0,001
	65 yaş ve üstü	55(16)	31(55,4)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	172(50)	54(96,4)	<0,001
	Erkek	172(50)	2(3,6)	
Medeni Durum, n(%)	Evli	231(67,2)	44(78,6)	0,166
	Bekar	81(23,5)	7(12,5)	
	Boşanmış	32(9,3)	5(8,9)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	7(2)	10(17,9)	<0,001
	Okur-yazar	9(2,6)	6(10,7)	
	İlkokul	37(10,8)	15(26,8)	
	Ortaokul	36(10,5)	5(8,9)	
	Lise	89(25,9)	11(19,6)	
	Üniversite	140(40,7)	8(14,3)	
	Yüksek lisans/doktora	26(7,6)	1(1,8)	
Meslek, n(%)	Çalışmıyor	139(40,4)	46(82,1)	<0,001
	Çalışıyor	205(59,6)	10(17,9)	
Güvence, n(%)	SSK	131(38,1)	17(30,4)	0,002
	Bağ-Kur	42(12,2)	19(33,9)	
	Emekli sandığı	142(41,3)	16(28,6)	
	Yeşil kart	6(1,7)	2(3,6)	
	Özel	12(3,5)	1(1,8)	
	Sigortasız	11(3,2)	1(1,8)	

Guatr varlığına göre bakıldığında 64 yaş ve altındakilerde, kadınlarda, ev hanımlarında daha fazla olduğu görülmüş olup istatistiksel olarak anlamlı farklar saptanmıştır. P değerleri Tablo 4.18’de verilmiştir.

**Tablo 4.18. Guatr varlığına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Demografik özellikler		Hayır n:339	Evet n:61	p
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	275(81,1)	39(63,9)	<b>0,003</b>
	65 yaş ve üstü	64(18,9)	22(36,1)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	173(51)	53(86,9)	<b>&lt;0,001</b>
	Erkek	166(49)	8(13,1)	
Medeni Durum, n(%)	Evli	229(67,6)	46(75,4)	0,331
	Bekar	79(23,3)	9(14,8)	
	Boşanmış	31(9,1)	6(9,8)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	11(3,2)	6(9,8)	0,151
	Okur-yazar	11(3,2)	4(6,6)	
	İlkokul	44(13)	8(13,1)	
	Ortaokul	35(10,3)	6(9,8)	
	Lise	83(24,5)	17(27,9)	
	Üniversite	130(38,3)	18(29,5)	
	Yüksek lisans/doktora	25(7,4)	2(3,3)	
Meslek, n(%)	Ev hanımı	56(16,5)	21(34,4)	<b>0,025</b>
	Memur	93(27,4)	12(19,7)	
	İşçi	30(8,8)	3(4,9)	
	Esnaf	15(4,4)	0(0)	
	Özel	54(15,9)	8(13,1)	
	İşsiz	11(3,2)	2(3,3)	
	Emekli	56(16,5)	14(23)	
	Öğrenci	16(4,7)	1(1,6)	
	Diğer	8(2,4)	0(0)	
Güvence, n(%)	SSK	125(36,9)	23(37,7)	0,935
	Bağ-Kur	53(15,6)	8(13,1)	
	Emekli sandığı	133(39,2)	25(41)	
	Yeşil kart	6(1,8)	2(3,3)	
	Özel	11(3,2)	2(3,3)	
	Sigortasız	11(3,2)	1(1,6)	

Kanser varlığı ile sosyodemografik özellikler karşılaştırıldığında yaş ve meslek gruplarında istatistiksel anlamlı farklar saptanırken diğer gruplarda anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.19).

**Tablo 4.19. Kanser varlığına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Demografik özellikler		Hayır n:381	Evet n:19	P
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	305(80,1)	9(47,4)	<b>0,002</b>
	65 yaş ve üstü	76(19,9)	10(52,6)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	215(56,4)	11(57,9)	0,900
	Erkek	166(43,6)	8(42,1)	
Medeni Durum, n(%)	Evli	260(68,2)	15(78,9)	NA
	Bekar	86(22,6)	2(10,5)	
	Boşanmış	35(9,2)	2(10,5)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	16(4,2)	1(5,3)	NA
	Okur-yazar	14(3,7)	1(5,3)	
	İlkokul	47(12,3)	5(26,3)	
	Ortaokul	36(9,4)	5(26,3)	
	Lise	96(25,2)	4(21,1)	
	Üniversite	146(38,3)	2(10,5)	
	Yüksek lisans/doktora	26(6,8)	1(5,3)	
Meslek, n(%)	Çalışmıyor	170(44,6)	15(78,9)	<b>0,003</b>
	Çalışıyor	211(55,4)	4(21,1)	
Güvence, n(%)	SSK	139(36,5)	9(47,4)	NA
	Bağ-Kur	57(15)	4(21,1)	
	Emekli sandığı	154(40,4)	4(21,1)	
	Yeşil kart	7(1,8)	1(5,3)	
	Özel	12(3,1)	1(5,3)	
	Sigortasız	12(3,1)	0(0)	

Araştırmaya katılanlardan kadınlarda, evlilerde, öğrenim görmüş olanlarda ve çalışmayanlarda daha çok depresyon olduğu görülmüş olup sayı, yüzde ve p değerleri Tablo 4.20’de belirtildiği gibidir.

**Tablo 4.20. Depresyon varlığına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Demografik özellikler		Hayır n:348	Evet n:52	p
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	277(79,6)	37(71,2)	0,167
	65 yaş ve üstü	71(20,4)	15(28,8)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	177(50,9)	49(94,2)	<0,001
	Erkek	171(49,1)	3(5,8)	
Medeni Durum, n(%)	Evli	241(69,3)	34(65,4)	0,021
	Bekar	80(23)	8(15,4)	
	Boşanmış	27(7,8)	10(19,2)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	11(3,2)	6(11,5)	0,017
	Okur-yazar	10(2,9)	5(9,6)	
	İlkokul	44(12,6)	8(15,4)	
	Ortaokul	36(10,3)	5(9,6)	
	Lise	89(25,6)	11(21,2)	
	Üniversite	133(38,2)	15(28,8)	
	Yüksek lisans/doktora	25(7,2)	2(3,8)	
Meslek, n(%)	Çalışmıyor	153(44)	32(61,5)	0,018
	Çalışıyor	195(56)	20(38,5)	
Güvence, n(%)	SSK	124(35,6)	24(46,2)	0,062
	Bağ-Kur	56(16,1)	5(9,6)	
	Emekli sandığı	141(40,5)	17(32,7)	
	Yeşil kart	5(1,4)	3(5,8)	
	Özel	10(2,9)	3(5,8)	
	Sigortasız	12(3,4)	0(0)	

Çalışmamızda bitkisel tedavi kullanımı ile katılımcıların demografik özellikleri kıyaslanmıştır. Sonuçlar Tablo 4.21’de görüldüğü gibidir.

**Tablo 4.21. Bitkisel ilaçları tedavi amaçlı kullanmasına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Demografik özellikler		Hayır n:154	Evet n:246	p
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	130(84,4)	184(74,8)	<b>0,023</b>
	65 yaş ve üstü	24(15,6)	62(25,2)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	68(44,2)	158(64,2)	<b>&lt;0,001</b>
	Erkek	86(55,8)	88(35,8)	
Medeni Durum, n(%)	Evli	108(70,1)	167(67,9)	0,514
	Bekar	35(22,7)	53(21,5)	
	Boşanmış	11(7,1)	26(10,6)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	2(1,3)	15(6,1)	<b>0,012</b>
	Okur-yazar	2(1,3)	13(5,3)	
	İlkokul	14(9,1)	38(15,4)	
	Ortaokul	15(9,7)	26(10,6)	
	Lise	41(26,6)	59(24)	
	Üniversite	67(43,5)	81(32,9)	
	Yüksek lisans/doktora	13(8,4)	14(5,7)	
Meslek, n(%)	Ev hanımı	19(12,3)	58(23,6)	<b>0,032</b>
	Memur	51(33,1)	54(22)	
	İşçi	14(9,1)	19(7,7)	
	Esnaf	4(2,6)	11(4,5)	
	Özel	25(16,2)	37(15)	
	İşsiz	2(1,3)	11(4,5)	
	Emekli	26(16,9)	44(17,9)	
	Öğrenci	9(5,8)	8(3,3)	
	Diğer	4(2,6)	4(1,6)	
Güvence, n(%)	SSK	58(37,7)	90(36,6)	<b>0,018</b>
	Bağ-Kur	17(11)	44(17,9)	
	Emekli sandığı	72(46,8)	86(35)	
	Yeşil kart	0(0)	8(3,3)	
	Özel	5(3,2)	8(3,3)	
	Sigortasız	2(1,3)	10(4,1)	

Katılımcılardan alternatif tıp yöntemlerini kadınların daha fazla kullandığı öğrenilmiştir. Ayrıca meslek grupları arasında da istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. P değerleri Tablo 4.22’de görüldüğü gibidir.

**Tablo 4.22. Alternatif tıp yöntemlerini tedavi amaçlı kullanmasına göre demografik özelliklerinin karşılaştırılması**

Demografik özellikler		Hayır n:312	Evet n:88	p
Yaş grup, n(%)	64 yaş ve altı	249(79,8)	65(73,9)	0,231
	65 yaş ve üstü	63(20,2)	23(26,1)	
Cinsiyet, n(%)	Kadın	161(51,6)	65(73,9)	<0,001
	Erkek	151(48,4)	23(26,1)	
Medeni Durum, n(%)	Evli	215(68,9)	60(68,2)	0,212
	Bekar	72(23,1)	16(18,2)	
	Boşanmış	25(8)	12(13,6)	
Öğrenim, n(%)	Okur-yazar değil	13(4,2)	4(4,5)	0,613
	Okur-yazar	13(4,2)	2(2,3)	
	İlkokul	43(13,8)	9(10,2)	
	Ortaokul	34(10,9)	7(8)	
	Lise	79(25,3)	21(23,9)	
	Üniversite	112(35,9)	36(40,9)	
	Yüksek lisans/doktora	18(5,8)	9(10,2)	
Meslek, n(%)	Ev hanımı	57(18,3)	20(22,7)	0,040
	Memur	74(23,7)	31(35,2)	
	İşçi	31(9,9)	2(2,3)	
	Esnaf	14(4,5)	1(1,1)	
	Özel	50(16)	12(13,6)	
	İşsiz	13(4,2)	0(0)	
	Emekli	52(16,7)	18(20,5)	
	Öğrenci	14(4,5)	3(3,4)	
	Diğer	7(2,2)	1(1,1)	
Güvence, n(%)	SSK	124(39,7)	24(27,3)	0,056
	Bağ-Kur	48(15,4)	13(14,8)	
	Emekli sandığı	113(36,2)	45(51,1)	
	Yeşil kart	6(1,9)	2(2,3)	
	Özel	9(2,9)	4(4,5)	
	Sigortasız	12(3,8)	0(0)	

Kronik hastalığı bulunanların hastalandıklarındaki başvurdukları yöntemler ve ilaç kullanımları Tablo 4.23'te gösterilmiştir. Kronik hastalığı bulunan 246 kişiden 208'i hastalandıklarında doktora başvurduklarını ifade ederken 147'si de ilaçlarını düzenli kullandıklarını ifade etmişlerdir. P değerleri Tablo 4.23'te verilmiştir.

**Tablo 4.23. Kronik hastalık varlığına göre hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanım durumları**

Hastalanınca izlenen yöntemler ve ilaç kullanımı		Hayır n:154	Evet n:246	P
Doktora gitmek, n(%)	Hayır	44(28,6)	38(15,4)	<b>0,002</b>
	Evet	110(71,4)	208(84,6)	
Eczaneye gitmek, n(%)	Hayır	120(77,9)	181(73,6)	0,327
	Evet	34(22,1)	65(26,4)	
Sağlık personeline danışmak, n(%)	Hayır	143(92,9)	233(94,7)	0,446
	Evet	11(7,1)	13(5,3)	
Tanıdığı sormak, n(%)	Hayır	126(81,8)	185(75,2)	0,122
	Evet	28(18,2)	61(24,8)	
Evdeki ilaçtan kullanmak, n(%)	Hayır	88(57,1)	158(64,2)	0,156
	Evet	66(42,9)	88(35,8)	
Bitkisel ilaç kullanmak, n(%)	Hayır	95(61,7)	124(50,4)	<b>0,027</b>
	Evet	59(38,3)	122(49,6)	
Reçete edilen ilaç kullanımı, n(%)	Doktorun önerdiği doz ve sürede	94(61,4)	147(59,8)	<b>0,012</b>
	Şikayetlerim düzelene kadar	29(19)	72(29,2)	
	Düzensiz	30(19,6)	27(11)	

Hipertansiyon tanısı olan katılımcıların büyük çoğunluğu hastalandığında doktora başvurduklarını ifade etmiştir. Bu hastaların hastalık halinde nasıl davrandıkları ve reçeteli ilaçları kullanım şekilleri Tablo 4.24'te ayrıntılı şekilde verilmiştir.

**Tablo 4.24. Hipertansiyon varlığına göre hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanımları**

İzlenen yöntemler ve ilaç kullanımı		Hayır n:317	Evet n:83	p
Doktora gitmek, n(%)	Hayır	74(23,3)	8(9,6)	<b>0,006</b>
	Evet	243(76,7)	75(90,4)	
Eczaneye gitmek, n(%)	Hayır	235(74,1)	66(79,5)	0,311
	Evet	82(25,9)	17(20,5)	
Sağlık personeline danışmak, n(%)	Hayır	297(93,7)	79(95,2)	0,797
	Evet	20(6,3)	4(4,8)	
Tanıdığına sormak, n(%)	Hayır	246(77,6)	65(78,3)	0,890
	Evet	71(22,4)	18(21,7)	
Evdeki ilaçtan kullanmak, n(%)	Hayır	183(57,7)	63(75,9)	<b>0,002</b>
	Evet	134(42,3)	20(24,1)	
Bitkisel ilaç kullanmak, n(%)	Hayır	172(54,3)	47(56,6)	0,700
	Evet	145(45,7)	36(43,4)	
Reçete edilen ilaç kullanımı, n(%)	Doktorun önerdiği doz ve sürede	183(57,9)	58(69,9)	0,101
	Şikayetlerim düzelene kadar	87(27,5)	14(16,9)	
	Düzensiz	46(14,6)	11(13,3)	

Diyabet tanısı olanların hastalandığı zaman neler yaptıkları ve tedaviye uyumları ile ilgili sonuçlar Tablo 4.25’de verilmiştir.

**Tablo 4.25. Diyabet varlığına göre hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanımları**

İzlenen yöntemler ve ilaç kullanımı		Hayır n:351	Evet n:49	p
Doktora gitmek, n(%)	Hayır	79(22,5)	3(6,1)	<b>0,008</b>
	Evet	272(77,5)	46(93,9)	
Eczaneye gitmek, n(%)	Hayır	262(74,6)	39(79,6)	0,452
	Evet	89(25,4)	10(20,4)	
Sağlık personeline danışmak, n(%)	Hayır	330(94)	46(93,9)	0,999
	Evet	21(6)	3(6,1)	
Tanıdığına sormak, n(%)	Hayır	274(78,1)	37(75,5)	0,687
	Evet	77(21,9)	12(24,5)	
Evdeki ilaçtan kullanmak, n(%)	Hayır	211(60,1)	35(71,4)	0,127
	Evet	140(39,9)	14(28,6)	
Bitkisel ilaç kullanmak, n(%)	Hayır	198(56,4)	21(42,9)	0,074
	Evet	153(43,6)	28(57,1)	
Reçete edilen ilaç kullanımı, n(%)	Doktorun önerdiği doz ve sürede	210(60)	31(63,3)	0,412
	Şikayetlerim düzelene kadar	87(24,9)	14(28,6)	
	Düzensiz	53(15,1)	4(8,2)	

Anemisi olanlara hastalandıklarında neler yaptıkları sorulmuştur. Eczane başvurusu ve bitkisel tedavi kullanımı olanlarda istatistiksel anlamlı fark saptanmıştır. P değerleri ve diğer yöntemlerle ilgili bilgiler ile reçeteli ilaçları kullanım özellikleri Tablo 4.26’da verilmiştir.

**Tablo 4.26. Anemi varlığına göre hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanımları**

İzlenen yöntemler ve ilaç kullanımı		Hayır n:344	Evet n:56	P
Doktora gitmek, n(%)	Hayır	76(22,1)	6(10,7)	0,051
	Evet	268(77,9)	50(89,3)	
Eczaneye gitmek, n(%)	Hayır	265(77)	36(64,3)	<b>0,040</b>
	Evet	79(23)	20(35,7)	
Sağlık personeline danışmak, n(%)	Hayır	327(95,1)	49(87,5)	0,060
	Evet	17(4,9)	7(12,5)	
Tanıdığına sormak, n(%)	Hayır	270(78,5)	41(73,2)	0,379
	Evet	74(21,5)	15(26,8)	
Evdeki ilaçtan kullanmak, n(%)	Hayır	209(60,8)	37(66,1)	0,448
	Evet	135(39,2)	19(33,9)	
Bitkisel ilaç kullanmak, n(%)	Hayır	198(57,6)	21(37,5)	<b>0,005</b>
	Evet	146(42,4)	35(62,5)	
Reçete edilen ilaç kullanımı, n(%)	Doktorun önerdiği doz ve sürede	201(58,6)	40(71,4)	0,080
	Şikayetlerim düzelene kadar	88(25,7)	13(23,2)	
	Düzensiz	54(15,7)	3(5,4)	

Guatr tanısı ile takipli olanlara hastalandıkları taktirde izledikleri yöntemler sorulduğunda cevapları arasında istatistiksel anlamlı fark görülmemiştir. Bu hastaların çoğunun reçeteli ilaçlarını düzenli kullandıkları öğrenilmiştir (Tablo 4.27).

**Tablo 4.27. Guatr varlığına göre hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanımları**

İzlenen yöntemler ve ilaç kullanımı		Hayır n:339	Evet n:61	P
Doktora gitmek, n(%)	Hayır	74(21,8)	8(13,1)	0,121
	Evet	265(78,2)	53(86,9)	
Eczaneye gitmek, n(%)	Hayır	255(75,2)	46(75,4)	0,975
	Evet	84(24,8)	15(24,6)	
Sağlık personeline danışmak, n(%)	Hayır	317(93,5)	59(96,7)	0,556
	Evet	22(6,5)	2(3,3)	
Tanıdığı sormak, n(%)	Hayır	264(77,9)	47(77)	0,886
	Evet	75(22,1)	14(23)	
Evdeki ilaçtan kullanmak, n(%)	Hayır	210(61,9)	36(59)	0,665
	Evet	129(38,1)	25(41)	
Bitkisel ilaç kullanmak, n(%)	Hayır	188(55,5)	31(50,8)	0,503
	Evet	151(44,5)	30(49,2)	
Reçete edilen ilaç kullanımı, n(%)	Doktorun önerdiği doz ve sürede	197(58,3)	44(72,1)	<b>0,045</b>
	Şikayetlerim düzelene kadar	87(25,7)	14(23)	
	Düzensiz	54(16)	3(4,9)	

Kanser hastalarının hastalandıklarında izledikleri yöntemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Reçeteli ilaç kullanımları ile ilgili veriler Tablo 4.28’de belirtildiği gibidir.

**Tablo 4.28. Kanser varlığına göre hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanımları**

İzlenen yöntemler ve ilaç kullanımı		Hayır n:381	Evet n:19	p
Doktora gitmek, n(%)	Hayır	79(20,7)	3(15,8)	0,775
	Evet	302(79,3)	16(84,2)	
Eczaneye gitmek, n(%)	Hayır	287(75,3)	14(73,7)	0,792
	Evet	94(24,7)	5(26,3)	
Sağlık personeline danışmak, n(%)	Hayır	358(94)	18(94,7)	0,999
	Evet	23(6)	1(5,3)	
Tanıdığına sormak, n(%)	Hayır	298(78,2)	13(68,4)	0,394
	Evet	83(21,8)	6(31,6)	
Evdeki ilaçtan kullanmak, n(%)	Hayır	233(61,2)	13(68,4)	0,525
	Evet	148(38,8)	6(31,6)	
Bitkisel ilaç kullanmak, n(%)	Hayır	209(54,9)	10(52,6)	0,849
	Evet	172(45,1)	9(47,4)	
Reçete edilen ilaç kullanımı, n(%)	Doktorun önerdiği doz ve sürede	228(60)	13(68,4)	NA
	Şikayetlerim düzelene kadar	95(25)	6(31,6)	
	Düzensiz	57(15)	0(0)	

Araştırmaya dahil edilen depresyon hastaları bitkisel tedavilere sıklıkla başvurduklarını ifade etmişlerdir. Hastalandıkları takdirde doktora giderim diyenlerin sayısı da çoğunluktadır. Ayrıca bu hastaların tedavi uyumlarının da daha fazla olduğu görülmüştür (Tablo 4.29).

**Tablo 4.29. Depresyon varlığına göre hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanımları**

İzlenen yöntemler ve ilaç kullanımı		Hayır n:348	Evet n:52	P
Doktora gitmek, n(%)	Hayır	77(22,1)	5(9,6)	<b>0,037</b>
	Evet	271(77,9)	47(90,4)	
Eczaneye gitmek, n(%)	Hayır	267(76,7)	34(65,4)	0,077
	Evet	81(23,3)	18(34,6)	
Sağlık personeline danışmak, n(%)	Hayır	325(93,4)	51(98,1)	0,342
	Evet	23(6,6)	1(1,9)	
Tanıdığı sormak, n(%)	Hayır	270(77,6)	41(78,8)	0,839
	Evet	78(22,4)	11(21,2)	
Evdeki ilaçtan kullanmak, n(%)	Hayır	219(62,9)	27(51,9)	0,128
	Evet	129(37,1)	25(48,1)	
Bitkisel ilaç kullanmak, n(%)	Hayır	198(56,9)	21(40,4)	<b>0,026</b>
	Evet	150(43,1)	31(59,6)	
Reçete edilen ilaç kullanımı, n(%)	Doktorun önerdiği doz ve sürede	208(59,9)	33(63,5)	<b>0,047</b>
	Şikayetlerim düzelene kadar	84(24,2)	17(32,7)	
	Düzensiz	55(15,9)	2(3,8)	

Bitkisel ürünleri tedavilerinde tercih edenlerin hastalandıklarında izledikleri diğer yöntemlerle olan kıyaslamaları ve reçete edilen ilaçları nasıl kullandıkları Tablo 4.30’da belirtilmiştir.

**Tablo 4.30. Bitkisel ilaçları tedavi amaçlı kullanmasına göre hastaların izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanımları**

İzlenen yöntemler ve ilaç kullanımı		Hayır n:154	Evet n:246	P
Doktora gitmek, n(%)	Hayır	28(18,2)	54(22)	0,364
	Evet	126(81,8)	192(78)	
Eczaneye gitmek, n(%)	Hayır	126(81,8)	175(71,1)	<b>0,016</b>
	Evet	28(18,2)	71(28,9)	
Sağlık personeline danışmak, n(%)	Hayır	144(93,5)	232(94,3)	0,742
	Evet	10(6,5)	14(5,7)	
Tanıdığı sormak, n(%)	Hayır	126(81,8)	185(75,2)	0,122
	Evet	28(18,2)	61(24,8)	
Evdeki ilaçtan kullanmak, n(%)	Hayır	96(62,3)	150(61)	0,785
	Evet	58(37,7)	96(39)	
Reçete edilen ilaç kullanımı, n(%)	Doktorun önerdiği doz ve sürede	108(70,6)	133(54,1)	<b>0,003</b>
	Şikayetlerim düzelene kadar	26(17)	75(30,5)	
	Düzensiz	19(12,4)	38(15,4)	

Hastalık durumunda alternatif tedavileri deneyenlerin bitkisel tedavileri de sıklıkla tercih ettikleri öğrenilmiş olup bu hastaların başvurdukları diğer yöntemlerle ilgili veriler Tablo 4.31’de verilmiştir. Bu hastaların reçeteli ilaçlarını kullanım düzenleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.31).

**Tablo 4.31. Alternatif tıp yöntemlerini tedavi amaçlı kullanmasına göre hastaların hastalandıkları zaman izledikleri yöntemler ve reçete edilen ilaçları kullanımları**

İzlenen yöntemler ve ilaç kullanımı		Hayır n:312	Evet n:88	p
Doktora gitmek, n(%)	Hayır	69(22,1)	13(14,8)	0,132
	Evet	243(77,9)	75(85,2)	
Eczaneye gitmek, n(%)	Hayır	243(77,9)	58(65,9)	<b>0,022</b>
	Evet	69(22,1)	30(34,1)	
Sağlık personeline danışmak, n(%)	Hayır	289(92,6)	87(98,9)	<b>0,030</b>
	Evet	23(7,4)	1(1,1)	
Tanıdığı sormak, n(%)	Hayır	241(77,2)	70(79,5)	0,647
	Evet	71(22,8)	18(20,5)	
Evdeki ilaçtan kullanmak, n(%)	Hayır	191(61,2)	55(62,5)	0,827
	Evet	121(38,8)	33(37,5)	
Bitkisel ilaç kullanmak, n(%)	Hayır	184(59)	35(39,8)	<b>0,001</b>
	Evet	128(41)	53(60,2)	
Reçete edilen ilaç kullanımı, n(%)	Doktorun önerdiği doz ve sürede	186(59,8)	55(62,5)	0,267
	Şikayetlerim düzelene kadar	76(24,4)	25(28,4)	
	Düzensiz	49(15,8)	8(9,1)	

Kronik hastalığı olanların çoğunluğunun bitkisel tedavileri de denediği öğrenilmiştir. Hipertansiyon, diyabet, anemi, guatr, kanser, depresyon tanıları olan hastaların bitkisel tedavilere başvuru yüzdeleri ve sayıları Tablo 4.32’de ayrıntılı olarak verilmiştir. Anemisi olan ve/veya depresyonda olan kişilerin bitkisel ilaç kullanım oranları istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

**Tablo 4.32. Hastaların bitkisel ilaçları tedavi amaçlı kullanmasına göre kronik hastalıklarının varlığı**

Kronik hastalıklar		Hayır n:154	Evet n:246	P
Kronik hastalık, n(%)	Hayır	83(53,9)	71(28,9)	<b>&lt;0,001</b>
	Evet	71(46,1)	175(71,1)	
Hipertansiyon, n(%)	Hayır	125(81,2)	192(78)	0,454
	Evet	29(18,8)	54(22)	
Diyabet, n(%)	Hayır	141(91,6)	210(85,4)	0,066
	Evet	13(8,4)	36(14,6)	
Anemi, n(%)	Hayır	145(94,2)	199(80,9)	<b>&lt;0,001</b>
	Evet	9(5,8)	47(19,1)	
Guatr, n(%)	Hayır	135(87,7)	204(82,9)	0,200
	Evet	19(12,3)	42(17,1)	
Kanser, n(%)	Hayır	149(96,8)	232(94,3)	0,263
	Evet	5(3,2)	14(5,7)	
Depresyon, n(%)	Hayır	142(92,2)	206(83,7)	<b>0,014</b>
	Evet	12(7,8)	40(16,3)	

Araştırmamızdaki 246 kronik hastalığı bulunan katılımcıdan sadece 65'i alternatif tıp yöntemlerini denediğini belirtirken, hastalık gruplarına göre de alternatif tıp yöntemlerinin çok tercih edilmediği görülmüştür. Bunlarla ilgili veriler Tablo 4.33'te paylaşılmıştır.

**Tablo 4.33. Hastaların alternatif tıp yöntemlerini tedavi amaçlı kullanmasına göre kronik hastalıklarının varlığı**

Kronik hastalıklar		Hayır n:312	Evet n:88	p
Kronik hastalık, n(%)	Hayır	131(42)	23(26,1)	<b>0,007</b>
	Evet	181(58)	65(73,9)	
Hipertansiyon, n(%)	Hayır	249(79,8)	68(77,3)	0,605
	Evet	63(20,2)	20(22,7)	
Diyabet, n(%)	Hayır	277(88,8)	74(84,1)	0,236
	Evet	35(11,2)	14(15,9)	
Anemi, n(%)	Hayır	282(90,4)	62(70,5)	<b>&lt;0,001</b>
	Evet	30(9,6)	26(29,5)	
Guatr, n(%)	Hayır	270(86,5)	69(78,4)	0,061
	Evet	42(13,5)	19(21,6)	
Kanser, n(%)	Hayır	295(94,6)	86(97,7)	0,269
	Evet	17(5,4)	2(2,3)	
Depresyon, n(%)	Hayır	283(90,7)	65(73,9)	<b>&lt;0,001</b>
	Evet	29(9,3)	23(26,1)	

## 5. TARTIŞMA

Uzun süredir var olan ancak son yıllarda başta ülkemiz olmak üzere tüm dünyada göze çarpan bir sorun haline gelen akılcı olmayan ilaç kullanımı hakkında yaptığımız araştırmada SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran kişilerin akılcı ilaç kullanımı hakkındaki tutumlarını ve kullandıkları ilaçlarla ilgili olarak polifarmasi açısından durumlarını değerlendirmek amacıyla 400 kişiye ulaşılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması  $47\pm 17$ , yaş aralığı ise 18-88'dir. Anket uygulanan kişilerin %56,5'ini kadınlar oluştururken, lise ve üzerinde eğitim alanlar %68,8 oranındadır. Yapıcı ve arkadaşlarının Mersin'de üç farklı Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) 300 kişi ile yaptığı benzer bir çalışmada katılımcıların yaş ortalamaları  $36.19\pm 13.27$ , %56,3'ü kadın ve %52,7'si lise ve üzeri eğitim almıştır (64). Ankara'da semt polikliniklerinde yapılan bir başka çalışmada ise dört ve üzeri sayıda ilaç kullanımı bulunan 311 hasta ile yapılan görüşmelerde %67,2'si kadın, yaş aralığı 37-92 olarak saptanırken lise ve üzeri eğitim görenlerin oranı %61,1 olarak hesaplanmıştır (65). Katılımcıların bizim çalışmamızda olduğu gibi diğer çalışmalarda da çoğunlukla kadınlardan oluştuğu ve eğitim düzeylerinin de çoğunlukla daha yüksek olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi açısından ilköğretim ve öncesi eğitim alanların çoğunluğunu oluşturduğu Konya merkez ilçesinde bir ASM'de 141 kişi ile yapılan anket çalışmasında ise kadınlar %74,5 oranla yine daha fazla oranda katılım sağlamışlardır. Yaş ortalaması da  $41,5\pm 16,8$  olarak hesaplanmıştır (66).

Çalışmaya katılanların hastalandıklarında izledikleri yöntemlerin neler olduğu sorulmuştur. Bu soruya birden fazla yanıt verilebileceği belirtilmiştir. Katılımcıların vermiş olduğu cevapların; %79,5'u doktora giderim, %24,8'i eczaneye giderim, %6'sı "sağlık personeline danışırım", %22,2'si "tanıdığa danışırım", %38,5'i "evdeki ilaçlardan kullanırım", %45,2'si "bitkisel ilaç kullanırım" şeklinde olduğu görülmüştür (Şekil 4.1). Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Türker'in yaptığı bir çalışmada bizim çalışmamıza benzer sonuçlar elde edilmiş olup katılımcılar aynı soruya %75,2'si doktora başvururum, %24,8'i ise evdeki ilaçları kullanırım şeklinde cevap vermiştir (65). Yapıcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya katılan kişilere

hastalandıklarında ilk ne yaptıkları sorulduğunda ise %75,7'si doktora giderim, %15'i evde bulunan ilaçları kullanırım, %4,7'si bir şey yapmam, %3'ü çevremdekilere danışırım ve %1,7'si eczacıya danışırım şeklinde cevap vermiştir (64). Portekiz'de yapılan bir başka çalışmada da basit sağlık sorunları olduğunda katılımcıların %45,6'sı doktora başvururken, kendi kendine ilaç kullanma oranları %26,2 olarak saptanmıştır (67). Muğla Üniversitesi idari personelleriyle yapılan çalışmada da eczacı önerisi ile ilaç kullanımının %28,8, kendi kendine ilaç kullanımlarının %61,6, çevredekilerin önerilerine göre ilaç kullanımlarının ise %15,8 oranında olduğu tespit edilmiştir (68). Ekenler ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcılara hastalandıklarında ilk olarak ne yaptıkları sorulduğunda verilen cevaplar %38,3 alternatif tıp yöntemlerine başvurmak, %24,8 kendi deneyimlerine göre ilaç tedavisine başlamak, %21,3 oranında hiçbir şey yapmadan beklemek, %15,6 oranda da doktora başvurmak şeklindedir (66). Amman'da 2003-2004 yıllarında 819 kişiyle yapılan bir çalışmada kendi kendine ilaç kullanım oranı %42,5 olarak saptanmıştır. Katılımcıların kendi tedavilerini düzenlerken %14,2 oranında eczacıdan, %17,6 komşu veya arkadaşlarından, %21,9 dış hekimi, hemşire gibi diğer sağlık çalışanlarından tavsiye aldıkları, %27 oranında da daha önceki deneyimlerine göre ilaçları kullandıkları öğrenilmiştir (69).

Sonuçlara bakıldığında hem ülkemizde hem de diğer ülkelerde yapılan çalışmaların birçoğunda hastalık halinde katılımcıların büyük kısmının ilk olarak doktora başvurduğu görülmektedir. Ancak doktor görüşü alınmadan evde bulunan ilaçları kullananların da sayısının azımsanmayacak kadar çok olduğu saptanmıştır. Farklı ülke ya da şehirlerde yapılmış olsa da eğitim düzeyi düşük ya da yüksek gruplardan oluşsalar da görüldüğü gibi birçok bölgede akılcı olmayan ilaç kullanımı oldukça yaygındır.

Katılımcıların hastalandıklarında doktora başvurma durumu ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırdığımızda; 64 yaş ve altındakiler %76,4 oranında 65 yaş ve üstünlere kıyasla daha fazla doktora gitmeyi tercih ettiklerini belirtmiştir. Cinsiyet yönünden kıyasladığımızda ise kadınların hastalandığında doktora gitmeyi erkeklere göre daha fazla tercih ettiği görülmüştür. Ayrıca evlilerin de hastalandığında %75,2 oranında doktora başvurdukları saptanmıştır. Ev hanımı, memur, emeklilerin daha yüksek oranda doktora başvurduğu, işsizlerin ise doktoru

tercih etme oranlarının düşük olduğu bulunmuştur. Sosyal güvencelerinin olmaması nedeniyle işsizlerin düşük oranlarda sağlık kuruluşlarına başvurdukları düşünülmektedir. Gazi Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada ise sağlık sorunu ile karşılaşıldığında erkeklerin %70,3 kadınların ise %68,4 oranında doktora başvurmayı tercih ettikleri görülmüştür (70). İstanbul Pendik'teki bir ASM'de 65 yaş ve üzeri hastalarla yapılan, %62,7'sini kadınların oluşturduğu başka bir çalışmada, hastalandıklarında öncelikle doktora başvururum diyenlerin yüzdesi kadınlarda %57 iken erkeklerde %61,8 olarak bulunmuştur (71). Bizim çalışmamızdan farklı olarak diğer iki çalışmada erkeklerin kadınlardan daha fazla öncelikli olarak doktora başvurmayı tercih ettikleri saptanmıştır. Bunun sosyokültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Hastalık durumunda öncelikle eczaneye başvuruları çoğunlukla kadınların ve 64 yaş ve altındakilerin yaptığı görülmüştür (Tablo 4.5). Diğer sağlık personellerine ve çevresindeki tanıdıklara ya da akrabalara danışıp danışmadıkları sorusuna 64 yaş ve altındakiler yaşlılara oranla daha fazla evet cevabı vermişlerdir. Ayrıca üniversite mezunları da diğerlerine göre daha yüksek oranda çevredekilere ve diğer sağlık çalışanlarına danıştiklarını belirtmiştir (Tablo 4.6-4.7). Altmış beş yaş ve üstündekilerin mevcut kronik hastalıkları dolayısı ile kendi kendine tedavilere diğer yaş gruplarından daha az başvurduğu düşünülmektedir. İstanbul'da bir ASM'de geriatri hastalarında, sağlık sorunu ile karşılaştıklarında eczacı tavsiyesiyle ilaç alma/arkadaş, akraba, komşudan ilaç isteme durumlarına bakıldığında kadınlarda %8,6, erkeklerde %2,6 oranında olduğu belirlenmiştir (71). Çukurova Üniversitesi'nde 209 kişi ile yapılan bir araştırmada %46,9 oranında doktora danışmadan ilaç kullanımı olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada %19,7 oranında kadınların, %8 oranında da erkeklerin akraba, tanıdık, komşu vb. kişilerin tavsiyeleri ile ilaç kullandıkları öğrenilmiştir (72). Özkan ve arkadaşlarının Gazi Üniversitesi'ndeki çalışmasında erkeklerin eczacı, arkadaş ve akraba önerisiyle kadınlardan daha fazla ilaç kullandığı belirlenmiştir. Lise ve üzeri eğitim alanlar ilaç alırken eczacıya daha fazla danışmakta; akraba, arkadaş, komşu tavsiyesine daha çok okur-yazar ve ilkökul mezunları uymaktadır (70). Macaristan'daki farklı coğrafi bölgeleri temsil eden Budapeşte'de veya kasabalarda (toplam 25 çalışma alanı) eczanelerde gerçekleştirilmiş bir çalışmada katılımcıların sadece %9,2'si reçetesiz ilaç almak için

eczaneye başvurduklarını bildirirken, reçetesiz ilaç alımı yönünden cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamıştır (73).

Altmış dört yaş ve altındakiler %81,2 oranında evdeki ilaçları hastalandıkları zaman kullandıklarını belirtirken kadınlarda bu oran %57,1 ile erkeklere göre, %61,7 ile de evlilerde bekar ve boşanmışlara göre daha fazladır (Tablo 4.8). Toplumumuzda kadınların ailenin sağlık problemleri ile daha çok ilgilenmesi nedeniyle kendilerine göre evdeki ilaçları tedavi amacıyla kullanmaları çok da beklenmedik bir durum değildir. Ancak bu durum sık gördüğümüz AOİK davranışlarından. Bizim çalışmamızda eğitim düzeyi arttıkça genel olarak evdeki ilaç kullanımını artmış olarak bulunurken (Tablo 4.8) Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında AİK'na uygun olarak öğrenim durumları arttıkça evdeki ilaçları kullanma davranışları azalmakta, doktora gitme durumu ise artmaktadır (70). Ekenler ve arkadaşlarının çalışmasında ise kadınlar %76,2, erkekler %80,6 oranlarında hekim önerisi olmadan ilaç kullandıklarını belirtirken eğitim durumları arasında da anlamlı fark saptanmamıştır (66).

Bitkisel tedaviler geçmişte ve günümüzde birçok kişinin sıklıkla başvurduğu bir tedavi yöntemi olmuştur. Bizim çalışmamızda da 64 yaş ve altındakiler ile kadınlar büyük oranda bu yöntemleri denediklerini bildirmişlerdir. Ayrıca lise ve üniversite mezunu kişilerin de diğerlerine göre bu tedavileri daha fazla oranda denediği öğrenilmiştir (Tablo 4.9). Bizim sonuçlarımıza benzer sonuçları olan Sivas il merkezinde 2007 Eylül-2008 Nisan ayları arasında 3876 kişi ile yapılan çalışmada bitkisel ilaç kullanımını %39,2 saptanmıştır. Kadınlar (%64) ve eğitim düzeyi yüksek olanlar (%30,2) bu tedavileri daha çok kullanmaktadır (74). Karataş ve arkadaşlarının çalışmasında ise katılımcıların %40,2'si bitkisel tedavilere başvurmadıklarını belirtmişlerdir. Bitkisel tedavileri deneyenler ise %2,4 kanser nedeniyle, %2,4 mide sorunları, %55 grip ve soğuk algınlığı için bu ürünleri kullandıklarını söylemişlerdir (72). Pınar'ın Adana'da yaptığı çalışmada da bitkisel tedavi kullanım oranı %49,4 olarak saptanmıştır. Cinsiyete göre bakıldığında ise kadınlar %50,4, erkekler %47,7 bitkisel tedavilere başvurmaktadır (75). Buna benzer bir diğer sonuç da Ankara EAH'nde yapılan çalışmada elde edilmiştir. Bitkisel tedavileri kullanım %46,9 oranındadır. İlaç dışı tedavilerin kadınlar (%54,6), bekarlar (%55,8) ve 65-74 yaş aralığındakiler (%53,7) tarafından daha çok tercih

edildiği görülmüştür (65). Almanya'da altı odak grupta %60,8'ini kadınların oluşturduğu 46 kişiyle yapılan çalışmada tüm yaş gruplarında bitkisel tedavilerin hafif-orta dereceli hastalık durumunda kullanıldığı görülmüştür. Sadece yaşlı grupta hastalığın önlenmesi ve sağlığın teşviki bitkisel tedavinin öncelikli kullanım nedeni olarak saptanmıştır (76). Jamaika'da 372 kişi ile yapılan anket çalışmasında katılımcıların %72,6'sının şifalı bitkileri kullandığı, diğerlerinin ise bilgi eksikliği ve güvenlik kaygısı nedeniyle bu tür tedavileri denemedikleri öğrenilmiştir. Aynı çalışmada tek başına bitkisel ilaç kullanım yaygınlığı 65 yaş ve üzeri kişilerde en düşük, 35-44 ve 45-54 yaş gruplarında en yüksek olduğu, bizim çalışmamızın aksine de erkeklerde %62,4 oranla kadınlara göre daha çok bu tedavilerin tercih edildiği görülmüştür. Bu çalışmada tek başına bitkilerin kullanım yaygınlığı, yüksek öğrenime sahip olanlarda en düşük ve orta öğretimi tamamlamış olanlarda en yüksek bulunmuştur. Bu da bize AİK için eğitim düzeyinin etkili olabileceğini düşündürmektedir (77).

Genel olarak yapılan çalışmalara baktığımızda bitkisel tedavilere başvuranların çoğunluğunu kadınların oluşturduğu görülmektedir. Bunun daha çok çevredeki özellikle de diğer kadınlarla, akrabalarla, tanıdıklarla; hastalıklar ya da tedavileri hakkında bilgi, görüş, deneyim paylaşımının kadınlar tarafından daha sık yapılmasına bağlı olduğu düşünülmektedir. Bunun yanında televizyonda özellikle kadın programlarında paylaşılan bu tarz bilgilere veya yalan yanlış bilgilerle dolup taşan diğer insanların paylaşım yaptığı sitelerden edindikleri bilgilere dayanarak, doğrusunu araştırmadan bu tedavilerin uygulanması AİK için başlı başına bir engel teşkil etmektedir

Reçete edilen ilaçların düzenli ve yeterli süre kullanılması akılcı ilaç kullanımının önemli ilkelerinden biridir. Doktor önerisine uygun olarak kullananlar %60,3, şikayetleri geçince bırakanlar %25,3, düzensiz kullananlar ise %14,3 oranında bulunmuştur (Tablo 4.2). Altmış dört yaş ve altındaki katılımcıların ilaçlarını yaşlılara göre daha düzenli kullandığı, erkeklerin de ilaçlarını çoğunlukla düzenli kullandığı ancak kadınlarla kıyaslandığında kadınların doktor önerilerine daha fazla uyduğu görülmüştür. Eğitim düzeylerine bakıldığında da üniversite mezunları ile çalışan grup ilaçlarını önerilen doz ve sürede kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.10). Adana'da Pınar tarafından yapılan çalışmaya

baktığımızda katılımcıların %84,8'i ilacı doktorun önerdiği gibi kullandığını söylerken kişilerin %10,4'ü ilacı doktorun önerdiği şekilde kullanmadığını söylemiştir. Eğitim durumlarına göre karşılaştırılmalarında anlamlı farklılık bulunmamıştır. İlaç önerilen şekilde kullananların %89,6'sı erkek, %89,5'i kadın olarak bulunmuştur (75). Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında ilaç kullanımı ile ilgili bazı davranışlara bakıldığında ise doktorun önerdiği ilaçları kullanılması gereken süreden önce kesenlerin oranı erkeklerde %29,4, kadınlarda %27,4 bulunmuştur. Genel olarak oranı da kişilerin %28,6'sı şeklindedir (70). Özçelikay yaptığı çalışmada hastaların %76,1'inin ilaçlarını kullanırken tamamen hekim tavsiyesine uyduğunu, %23,9'unun ise hastalık belirtileri geçtiği zaman ilaç kullanmayı bıraktığını saptamıştır (78). Yapıcı ve arkadaşlarının birinci basamakta yaptığı çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısı gibi büyük bir kısmı ilacı kullanmaları gereken süreden önce bırakırken, en sık ilacı erken bırakma nedenleri iyileştiklerini düşünmeleri olarak saptanmıştır. En fazla kullandıkları ilaçları doktorun önerdiği süreden erken bırakan gruplar; lise ve üstü eğitim düzeyindekiler, öğrenciler, bekarlar ve yakın çevresinde sağlık personeli bulunanlardır. Kırk-elli dokuz yaş grubundakiler ise bu kullanım şeklini en az yapan grubu oluşturmaktadır (64). Çelik Yeditepe Üniversitesi'nde yaptığı çalışmada ise 65 katılımcının %64,6'sında ilaçların önerilen şekilde kullanıldığını saptamıştır (79).

Ekenler ve Koçoğlu'nun birlikte yaptıkları, 141 katılımcılı çalışmada doktorun önerdiği süreden önce ilaç bırakma durumu %77,3 gibi yüksek bir orandadır. Cinsiyete göre kadınlarda %76,2, erkeklerde %80,6 oranındadır. Doktora danışmadan ilaç dozunu değiştirme %26,2 oranındadır. Doz değişikliği kadınlar ve erkekler tarafından sırasıyla %24,8 ve %30,6 oranlarında yapılırken, eğitim durumlarına göre bu davranış farklılık göstermemektedir (66).

Ülkemizde gerekli olabileceğini düşünerek evde ilaç bulundurmak çok yaygın görülen bir davranıştır. Çalışmamızda da oranın %84,3 bulunması bunu desteklemektedir (Tablo 4.2). Ankete katılanlardan 64 yaş ve altındakiler (%80,7), kadınlar (%59,1), evliler (%70,3), lise (%24) ve üniversite mezunları (%38,9) yüksek oranda evlerinde ilaç bulundurmaktadırlar (Tablo 4.11). Çalışmada yer alan katılımcılar evde %76,3 oranla en çok ağrı kesicileri bulundurmaktadırlar.

Ağrı, herkesin hayatı boyunca az ya da çok sıklıkta karşılaştığı, kimi zaman dayanılmaz olup yaşamını büyük oranda etkilediği bir belirtidir. Birçok kişinin herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurmadan kendi elindeki ilaçlarla bu duruma müdahale etmek istemesi anlaşılabilir bir durumdur. İlaçların reçetesiz ve uygun fiyatlarla alınabilmesi de bunu kolaylaştırıp, cazip kılmaktadır. Ancak AİK ilkelerine uygun olmayan bu davranışın özellikle hasta için olumsuz yönleri de olabilmektedir. Hastalar ağrının önemli bir hastalık belirtisi olup bu davranışlarının geç tanı almalarına neden olabileceğini ve böbrek, karaciğer yetmezliği gibi çoğu geri dönüşümsüz durumlarla karşı karşıya kalabileceklerini bilmiyorlar ya da bildikleri halde bu tutumlarından maalesef vazgeçmiyorlar. Ayrıca ağrı kesiciler dışında mide ilaçları, yara kremleri, ateş düşürücüler, vitaminler, alerji ilaçları, antibiyotikler, soğuk algınlığı ilaçları gibi çeşitli ilaç gruplarını da evlerinde bulduklarını öğrenilmiştir (Şekil 4. 4). Hastalar bu ilaçları %80,5 şikayetlerine uygunluğuna dikkat ederek kullandıklarını %55,3'ü son kullanma tarihlerine mutlaka baktıklarını, %32,3'ü de ilaç yan etkilerini okuduklarını belirtmişlerdir. Şikayetlerine uygun kullanım oranının yüksek olması bize kısmen de olsa ilaçların AİK'na uygun kullanıldığını düşündürmektedir (Tablo 4.2).

Adana'da Pınar tarafından yapılan çalışmada "Evde bulunsun diye ilaç yazdırır mısınız?" sorusuna katılımcıların %24'ü "evet " cevabını vermiştir. Kadınlar aynı soruyu %33,9, erkekler %20,2 oranında evet şeklinde cevaplarırken eğitim yönünden katılımcılar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Aynı çalışmada evde bulundurulan ilaçlar sorgulanmıştır. Yine ağrı kesiciler ve ateş düşürücüler %94,4 gibi yüksek bir oranda bulunmuştur. Diğer ilaçlar antigribal ilaçlar, antibiyotikler, antitusifler, dermatolojik ilaçlar, ülser ilaçları, kas gevşeticiler, GİS ilaçları, vitaminler, antihipertansifler, antidiyabetikler, antihistaminikler, antiepileptikler, kardiyovasküler sistem ilaçları, romatizma ilaçları, astım ilaçları, kolesterol ilaçları, kas gevşetici merhemlerdir. Katılımcılara kullandıkları ilaçların prospektüsünü okuyup okumadıkları sorulmuştur. Katılımcıların %66,2'si okuduğunu söylerken, %28,1'i okumadığını, %5,8'i ise bazen okuduğunu söylemiştir. Prospektüs okuma durumu için erkek ve kadın cinsiyetler arasında anlamlı farklılık saptanmazken, eğitim düzeylerine göre kıyaslandığında eğitim düzeyi arttıkça okuma oranının da arttığı belirlenmiştir (75). Özçelikay'ın çalışmasında ise hekime başvurmadan

katılımcıların aldığı ilaç grupları %54 ağrı kesiciler, %8 antibiyotiklerdir. Diğerleri ise soğuk algınlığı ilaçları, vitaminler, öksürük ilaçları, antiasitler ve antihistaminiklerdir (78). Kahramanmaraş'ta üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin reçetesiz tüketmiş oldukları en yaygın ilaçlar ağrı kesiciler (%39,5), antibiyotikler (%36,9) ve soğuk algınlığı ilaçları (%24) olarak saptanmıştır. Öğrencilerin %64,4'ü her zaman ilaçların prospektüsünü okuduklarını, %35,6'sı ise bazen okuduklarını ya da hiçbir zaman okumadıklarını belirtmişlerdir (80).

Belçika'da 72 eczanenin dahil olduğu kesitsel bir çalışma yapılmıştır. Eczane müşterisi olan ve yaşları 18–80 arasında değişen 288 kişi evlerinde ziyaret edilmiştir. Evde kullanılan, ilaç dolaplarında bulunan ilaçlarla ilgili katılımcılarla görüşülmüştür. Reçeteli ilaçlar tüm ilaçların %34'ünü oluşturmaktadır. Kayıtlı ilaçların en sık rastlanan kategorileri opioid dışı analjezikler (%7,2), NSAİİ (%6,9), nazal dekonjestanlar (%3,5) ve antiemetikler (%3,2)'dir. İlaçların endikasyonları ve dozajları katılımcılara sorulduğunda, yanıt verenler neredeyse %95 oranında doğru cevaplar vermişlerdir. Bunun yanında nazal dekonjestanlar ve dermatolojik kortikosteroidler gibi topikal olarak uygulanan ilaçların sıklıkla yanlış kullanıldığı bulunmuştur (81).

Antibiyotiklerin gereksiz, yanlış ve düzensiz kullanımları nedeniyle tedaviler aksamakta, direnç gelişmekte, komplikasyonlarla birlikte ülke ekonomisini ciddi boyutlarda etkileyen birçok probleme yol açmaktadır. İki bin on üç yılında yapılan düzenleme ile antibiyotiklerin reçetesiz satılması yasaklanarak bunların önüne geçilmeye çalışılmıştır. Tüm düzenlemelere ve ilaç takip sistemlerine rağmen sayıları azalmış olsa da hala evlerinde antibiyotik bulundurup bunları doktor önerisi olmadan kullanan kişiler bulunmaktadır. Bizim çalışmamızda da kadınlar %63,6 oranla erkeklerden daha fazla, 65 yaş ve üstündekiler %12,1 oranında antibiyotikleri diğer yaş gruplarından daha az oranda evlerinde bulduklarını bildirmişlerdir. Eğitim düzeyi arttıkça bilinçsiz ilaç kullanımının düşmesi beklenirken ankete katılan okuma yazma bilmeyenlerin tamamının evde antibiyotik bulundurmadığı, üniversite mezunlarının ise diğer eğitim düzeylerinden daha fazla oranda (%47) bu tür ilaçları evlerinde bulundurduğu öğrenilmiştir (Tablo 4.12). Eğitim seviyesi yüksek olanların doktora başvurmaya gerek duymadan kendi edindikleri bilgi ve deneyimlere dayanarak antibiyotikleri kullandığı, eğitim düzeyi düşük olanların ise doktorun

bilgisine kendi bilgilerinden daha çok güvendikleri için kendi kendilerine bu ilaçları kullanmadıkları düşünülmektedir.

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin acil servisine başvuran 322 kişi ile 2014 yılında yapılan bir çalışmada %64,3'ünün kendi kendine antibiyotik kullandığı, %64'ünün doktora herhangi bir sebepten gittiğinde antibiyotik yazılmasını istediği, evde antibiyotik bulunduranların oranının %64,9 olduğu, %87'sinin reçete olmadan antibiyotik satın alabildiği öğrenilmiştir. Hastaların antibiyotik kullanımı hakkındaki bilgi ve tutumları ile öğrenim durumları karşılaştırıldığında; gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (82). Kapadokya Bölgesi il merkezlerinde yaşayanlarla 2017 yılında yapılan bir araştırmada, katılan illerdeki reçetesiz antibiyotik kullanım oranları şu şekilde saptanmıştır; Nevşehir %22, Kayseri %20,5, Niğde %15,2, Aksaray %10,5, Kırşehir %27,5. Bu illerdeki oranlar görüldüğü gibi yaklaşık olarak benzer bulunmuştur (83).

Lefkoşa, Gazimağusa ve Güzelyurt bölgelerinden 300 vatandaş ve 61 doktordan oluşan bir grupla 2013-2014 yıllarında yapılan çalışmada da vatandaşların %87'si hayatlarında en az bir kere reçetesiz ilaç kullandıklarını belirtmiştir. Doktorların %55'i reçetesiz ilaç kullanımının sebep olduğu ve dikkate alınması gereken en önemli sorunun antibiyotik kullanımı olduğunu düşünmektedir. Ayrıca reçetesiz kullanılan ilaçların çoğunluğunu ağrı kesiciler (%32,9) ve antibiyotikler (%29,3) oluşturmaktadır (84). Canbolat'ın Haydarpaşa Numune Hastanesi Üroloji Polikliniği'ne Eylül-Ekim 2006 tarihleri arasında başvuran 300 kişiyle yapmış olduğu çalışmada reçetesiz antibiyotik alım oranı %33, cinsiyete göre ise erkekler %38,5 kadınlar %27,6 oranındadır. Reçetesiz antibiyotik satın alma tutumu yaşa ve öğrenim durumuna göre incelendiğinde ise anlamlı fark saptanmamıştır (85). Karataş ve arkadaşlarının 2012 yılında 209 kişi ile yaptıkları çalışmada "Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan antibiyotik kullanır mısınız?" sorusuna kadınlar %13,9 evet, %82,8 bazen, erkekler %20,7 evet, %70,1 bazen şeklinde cevap vermişlerdir. Toplamda evet diyenler %16,7, bazen diyenler ise %77,6 oranında bulunmuştur (72).

Pınar 2010 yılında 1111 kişi ile yaptığı çalışmada doktor önerisi olmadan antibiyotik kullanım durumlarını sorguladığında; ankete katılanların %27,3'ü kullandığını söylemiştir. Erkeklerin %30,4'ü, kadınların %30,6'sı antibiyotikleri

hekim önerisi olmadan kullandıklarını bildirmiştir. Eğitim durumlarına göre karşılaştırıldıklarında aralarında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (75). Yapıcı ve arkadaşları 2011 yılında Mersin’de birinci basamak sağlık kuruluşlarında yaptıkları araştırmada reçetesiz antibiyotik alım oranını %5,9 olarak tespit etmişlerdir (64). İki bin on altı yılında Köse ve arkadaşları 365 kişi ile anket çalışması yapmışlardır. Hastalandığında kendi kendine antibiyotik kullandığını söyleyenlerin oranını %17,8 olarak bulmuşlardır (86).

Gelişmekte olan bir ülke olan Lübnan’da 400 kişi ile 2012-2013 yıllarında yapılan kesitsel bir çalışmada katılımcıların %72’si 18 ile 45 yaşları arasındadır ve %86’sı en az lise bitirmiştir. Katılımcıların %46’sının son üç ayda antibiyotik aldıkları, bunların da %51’nin reçetesiz olarak bu ilaçları edindikleri öğrenilmiştir. Düşük eğitim seviyesi olan kişilerin (9. sınıftan az olanlar) yüksek eğitim düzeyine sahip olanlara kıyasla daha yüksek oranda antibiyotikleri reçetesiz olarak aldıkları tespit edilmiştir. Ayrıca kadın ve erkeklerin reçetesiz antibiyotik kullanım oranları da eşit bulunmuştur (%22,5). Ülkelerin sosyoekonomik durumları ve eğitim düzeylerinin AİK ilklerine uygun davranışlar sergilemek konusunda etkili olduğu bu çalışmada da görülebilmektedir (87).

Çin’de 2015 yılında 1400 anket dağıtılarak yapılan, 1204’ü geçerli kabul edilen çalışmada katılanların cinsiyet dağılımı %51,7 erkek, %48,3 kadın şeklindedir. Çoğunluğu liseyi tamamlamıştır (%80,5). Araştırmaya katılanların %45,7’sinin son altı ay içinde antimikrobiyal ilaç kullandıkları ve %64,4’ünün bunları kendi kendine kullandığı öğrenilmiştir (88). İtalya’da 2017 yılında yapılan kesitsel bir çalışmaya ise 913 yetişkin katılmış, %32,3’ünün doktor reçetesi olmaksızın antibiyotik kullandıkları öğrenilmiştir (89).

Çıkarılan yasalar, yönetmelikler bazı ilaçların reçetesiz satışını kısmen engellemiş olsa da hala eczanelerden birçok kişi kendi eksik ya da yanlış bilgileri doğrultusunda ilaç alıp kullanmaktadır. Bu davranışlar öncelikle o kişilerin sağlığını tehdit etmekte bunun yanında toplum sağlığı ve ülke ekonomisini de olumsuz etkilemektedir. Bizim çalışmamızda da hekime danışmadan ilaç alımlarının fazla olduğu görülmüştür. Çoğunlukla 64 yaş ve altındakiler, kadınlar, evliler ve lise, üniversite mezunları doktora gitmeden ilaç alımlarının olduğunu bildirmişlerdir (Tablo 4.13).

Eczaneden hekim önerisi olmadan ilaç aldığı öğrenilen kişi sayısı 231'dir. Alınan ilaçlar sorgulandığında ise en çok ağrı kesiciler sonrasında da sırasıyla vitaminler, yara kremleri, ateş düşürücüler, mide ilaçları, antibiyotikler ve alerji ilaçları yer almaktadır. Bunların yanında grip, soğuk algınlığı için de ilaç alımlarının olduğu görülmüştür (Şekil 4.6).

İlaçları alırken %48,5'i eczacı ya da diğer sağlık çalışanlarına danıştığını, %47'si eski deneyimlerine göre ilaçları aldığını, %10'u çevredeki tanıdık veya akrabaların önerilerine göre, 14,6'sı ise televizyon ve İnternette edindikleri bilgiler doğrultusunda ilaçlarını aldığını söylemiştir (Şekil 4.7). Yüksel'in çalışmasında kadınların %78,9'u, erkeklerin de %69,7'si hekime danışmadan ilaç aldıklarını belirtmişlerdir. Eczacı önerisi ile ilaç alan kadınların oranı %10,9, erkeklerin %24,5'tir. Çevredekilerin veya yakınlarının önerilerini dikkate alanlar kadınlarda %8,9, erkeklerde %5,7'dir. Ayrıca kadınların %80,2, erkeklerin %69,8 oranında önceki şikayetlerine benzer durumlarda ilaç aldıkları öğrenilmiştir (71).

Pınar çalışmasında doktora danışmadan ilaç kullanımını sorgulamış, 1111 kişinin %57,2'si evet cevabını vermiştir. Doktora danışmadan kullanılan ilaçlar arasında ilk üç sırayı oluşturanlar ağrı kesiciler ve ateş düşürücüler (%98,4), antigribal ilaçlar (%53,1) antibiyotiklerdir (%34,3). Okur-yazar olmayanların %51,6'sı, okur-yazar olanların %45,8'i, ilkökul mezunlarının %52,9'u, ortaokul mezunlarının %58,1'i, lise mezunlarının %62'si, üniversite mezunlarının %62,4'ü hekime danışmadan ilaç kullandıklarını belirtmiştir. Hekim önerisi olmadan ilaç kullanımı ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Erkeklerin %41,7'si, kadınların %43,5'inin doktora danışmadan ilaç kullanmadığı tespit edilmiş olup cinsiyetler açısından bakıldığında anlamlı fark saptanmamıştır. Katılımcılara akraba, arkadaş veya komşu tavsiyesiyle ilaç kullanıp kullanmadıkları sorulduğunda %92,1'i hayır cevabını vermiştir (75). Ekenler ve arkadaşlarının çalışmasına katılanlarda ise doktor tavsiyesi olmadan ilaç kullanma oranı %77,3'tür. Doktora danışmadan yüksek oranlarda kullanılan ilaçlar ise ağrı kesiciler (%94,3), antibiyotikler (%15,6), soğuk algınlığı ilaçları (%41,1), vitaminler (%36,2), mide ilaçları (%10,6) ve merhemlerdir (%76,6). Cinsiyetler açısından bakıldığında kadınlar %76,2 erkekler ise %80,6 oranlarında hekime danışmadan ilaç kullanmaktadırlar. Eğitim durumlarına göre ise oranlar; ilkökul ve altı olanlar %73,8,

ortaokul ve üstü olanlar %82 olarak bulunmuştur. Ayrıca bu çalışmada akraba tavsiyesine göre ilaç kullanma durumunun %66 gibi azımsanmayacak bir oranda olduğu öğrenilmiştir (66).

Kapadokya Bölgesinde Mete ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekime danışmadan ilaç alım oranı genel olarak %63,4'tür. İllere göre oranlar ise şu şekildedir; Nevşehir %41,2, Kayseri %62,7, Niğde %65,9, Aksaray %64, Kırşehir %77,9. Bu çalışmada eğitim durumları değerlendirildiğinde reçetesiz ilaç almama eğiliminde en çok olan grup üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip olanlardır (%38,2). Reçetesiz alınan ilaçlar içinde ilk sıralarda ağrı kesiciler (%54,1) ve antibiyotikler (%19,2) yer almaktadır. Reçetesiz alınan ilaçların neye göre tercih edildiği sorulduğunda verilen cevaplar ve oranları ise; daha önce kullanıp faydasını gördüğüm ilaca göre %65,1, eczacının tavsiyesine göre %22,5, tanıdık tavsiyesine göre %9,2, fiyatına göre %7,1 olarak saptanmıştır (83).

Portekiz'de yapılan çalışmada kendi kendine ilaç kullanım oranı %26,2 olarak bulunmuştur. Bulgular, erkeklerin kendi kendine ilaç kullanma oranının kadınlardan daha yüksek olduğunu göstermektedir. Yaşa göre incelendiğinde de kendi kendine ilaç kullanma prevalansının geç ergenler ve yetişkinler (15-19 yaş) arasında en yüksek (%31,4), en yaşlı grupta (50 yaş ve üzeri) (%21,4) ve çocuklarda (<15 yaş) ise azaldığı görülmektedir (%15,6). Eğitim düzeyine göre, kendi kendine ilaç kullanımının yaygınlığı %22,5 (okuryazar olmayan +ilkokul okul mezunu) ile %32,5 (üniversite eğitimi alan) arasında değişmekte; daha yüksek bir eğitim düzeyine sahip olan katılımcıların, daha düşük eğitim düzeyine sahip olanlara kıyasla, kendi kendine ilaç kullanma olasılığının 1,3 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Kendi kendine tedavi için kullanılan başlıca ilaçlar; boğaz preparatları (%80), öksürük ve soğuk algınlığı ilaçları (%57,7), dişçilikle ilgili preparatlar (lokal, oral tedavi için antienfektifler ve kortikosteroidler) (%52,5), laksatifler (%42,9), analjezikler (%33,1), dermatolojik preparatlar (%31,4), vitaminler, mineral takviyeleri ile diğer sindirim sistemi ve metabolizma ürünleridir (%21,4). Reçetesiz ilaç alanların yarısı eczacının tavsiyesine göre, %30,1'i kendi tercihlerine göre, %18,3'ü arkadaş ve akrabalarının önerisiyle, %1,4'ü bir hemşirenin tavsiyesi üzerine ilaçları eczaneden aldıklarını bildirmiştir (67).

Bağdat'ta 2012'de yapılan çalışmaya 15-80 yaşları arasında toplam 348 kişi katılmıştır. Erkeklerin %62'sini oluşturduğu bu grupta kendi kendine ilaç kullananlar kullanım sürelerine göre; aylık aralıklarla yaklaşık %60, haftalık %21,3 ve her altı ayda bir veya daha uzun süre %18,9 oranında tespit edilmiştir. Katılımcıların en çok kullandığı reçetesiz ilaçlar; antibiyotikler (%74,7), parasetamol (%55,1), antihistaminikler (%36,2), NSAİİ (%27), öksürük ilaçları (%23,5), antispazmodikler (%22,4), iskelet kas gevşeticileri (%16,6), antasitlerdir (%14,9). Reçetesiz kullandıkları ilaçlar için bilgi kaynakları; %60,9'u bir önceki reçeteden bu ilaçları bildiğini, %51,7'si eczacılarından bilgi aldığını, katılımcıların üçte birinden fazlası bilgileri ebeveynlerinden, akrabalarından veya arkadaşlarından aldıklarını söylemiştir. Sağlık çalışanlarının bir başka üyesinden bilgi alanlar %21,8, ilaç talimatlarındaki bilgilere göre kullananlar %10,3 oranında saptanırken %7,4'ü reklam ya da televizyondan edindikleri bilgilere göre ilaçları reçetesiz olarak kullandıklarını belirtmişlerdir (90). Görüldüğü gibi sadece ülkemizde değil diğer ülkelerde de reçetesiz ve herhangi bir sağlık personeli bilgisine başvurmadan ilaç kullanım oranları oldukça fazladır.

Bitkilerin basit şikayetler için kullanımı ülkemizde yaygın olan bir durumdur. Mide bulantısı için nane limon, boğaz ağrısı için ıhlamur, ada çayı, zencefil gibi ürünler, romatizma rahatsızlıklarında kiraz sapı, incir yaprağı kaynatılması gibi birçok yöntem toplumumuzda tedavi seçeneği olarak görülmekte ve yaygın şekilde uygulanmaktadır. Bitkilerin tedavilerde yeri olabilmekle birlikte bilinçsiz kullanımları daha fazla sağlık sorunlarına da neden olabilmektedir. Anketimizde yer alan "Bitkisel ürünleri tedavi amacıyla kullanır mısınız?" sorusuna %61,5 oranında evet cevabı alınmıştır (Tablo 4.3). Altmış dört yaş ve altındakiler %74,8 oranıyla ileri yaştakilerden daha çok bitkisel tedavileri kullandıklarını belirtmişlerdir. Kadınlar ve evlilerin de yüksek oranlarla bitkisel ürünleri tercih ettikleri öğrenilirken, eğitim düzeyindeki artış ile birlikte bu yöntemlere başvuranların genel olarak oranlarının da arttığı görülmüştür (Tablo 4.21). Alternatif tıp bilimsel yöntemlerle kanıtlanamayan ancak tedavide işe yaradığı düşünülen ya da inanılan, çoğunluğunu Anadolu'da eski çağlardan beri uygulanan geleneksel yöntemler ile uzak doğu kökenli uygulamaların oluşturduğu ayrıca günümüzde de yenilerinin eklendiği tıbbi uygulamalardır.

Çalışmamızda alternatif tıp yöntemlerini %78 oranında çoğu kişi kullanmadığını belirtmiştir. (Tablo 4.3). Kullanan kişilere baktığımızda ise çoğunluğunu 64 yaş ve altındakiler, kadınlar, evliler, üniversite mezunları ile ev hanımı ve memur grubunun oluşturduğu görülmüştür (Tablo 4.22). Alternatif tedavileri deneyenler yine de çoğunlukla hastalandıklarında doktora başvurduklarını, bunun yanında %60,2 gibi yüksek bir oranda da bitkisel tedavileri denediklerini söylemişlerdir (Tablo 4.31). Pınar'ın çalışmasında da evde bitkisel tedavileri kullandığını söyleyenler %44,7 oranındadır. Eğitim durumları açısından katılımcılar değerlendirildiğinde; okur yazar olanların %25'i, üniversite mezunlarının %55,7'si bu tedavileri denediklerini söylemişlerdir. Cinsiyetler arasında bitkisel tedavi yöntemine başvurma oranları birbirine yakın oranlarda saptanmıştır (erkekler %47,7 kadınlar %50,4) (75). Karataş ve arkadaşlarının araştırmasına katılanların %40,2'si bitkisel tedaviye başvurmadığını belirtirken kadınlarda bu oran %32,8, erkeklerde %50,6 olarak saptanmıştır (72).

Mete ve arkadaşlarının Kapadokya'daki bölgesel araştırmasında hastalandığında bitkisel ve diğer alternatif tedavilere başvuranların oranı %5,7'dir. İllere göre bakıldığında bu oran; Kayseri'de %6,3, Niğde'de %7,3, Aksaray'da %5,4, Kırşehir'de %5,2'dir. Aynı çalışmada eğitim seviyesinin yükselmesi ile İnternette edinilen bilgilere göre davranma ve ilaç içermeyen tedavilere başvuruların arttığı gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda da eğitim düzeyinin fazla olduğu kişilerde bitkisel ürün kullanımının benzer sebeplere bağlı olarak yüksek olduğu düşünülmektedir (83). Baybek ve arkadaşlarının Muğla Üniversitesi idari personelleri ile yaptıkları çalışmada aromaterapilerin uygulanma oranı %91,8 gibi yüksek bir değer olarak saptanmıştır (68). Köse ve arkadaşlarının araştırmasında, hastalandıklarında bitkisel yöntemlere başvuranlar diğer çalışmaların birçoğuna göre %13,8 gibi daha az bir oranda saptanmıştır. Erkeklerin (%17,6) kadınlara (%9,6) göre daha fazla bu yöntemleri kullandıkları öğrenilmiştir (86).

İlaç dışı tedaviler sadece bizim kültürümüze ya da milletimize özgü bir davranış değildir. Bunun için güzel bir örnek Minnesota'da yaşlı erişkinlerde tamamlayıcı ve alternatif tıp kullanım yaygınlığını, kullanıcılarının özelliklerini ve bu yöntemlerin kullanımını ile ilişkili faktörleri değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen çalışmadır. Bu araştırmaya 65 yaş ve üzeri 445 kişi katılmıştır.

Kadınların oranı %55, erkeklerin oranı %45 'tir. Katılımcıların %62,9'u bu yöntemleri kullandığını belirtirken, çalışmaya katılanlar arasında en yaygın kullanılan tedaviler; besin takviyeleri, ardından ruhsal iyileşme / dua, yüksek doz vitaminler ve bitkisel takviyeler olmuştur. Daha az oranlarda da kayropratik, masaj terapisi, akupunktur ve diğer yöntemlere başvurumaktadırlar. Cinsiyete göre bu yöntemlerin kullanım oranları kadınlarda %58, erkeklerde %42 olarak bulunmuştur (91).

Almanya'da, 2016 yılında altı odak grup ile bitkisel ilaçların kullanım amaçları, hastalık tipinin oynadığı rol, tercih edilen kullanım nedenleri ve bilgi kaynaklarını araştırmak amacıyla yapılan çalışmaya 18-88 yaş arasında 28'i kadın olmak üzere 46 kişi katılmıştır. Bu çalışmadaki bitkisel tedavinin kullanımının üç temel amacı; sağlığın teşviki, kronik veya akut hastalığın önlenmesi ve bunların en önemlisi hastalıkların tedavi edilmesidir. Yaş grubuna göre belirli farklılıklar saptanmıştır. Bitkisel tedavi kullanımı için en yaygın ve en önemli amaç bir hastalığı tedavi etmek olarak belirlenmiştir. Bu tarz tedaviler hakkındaki bilgi kaynakları sorgulandığında ise; kitap ve dergiler, ailelerinden edindikleri bilgiler, tıbbi uzmanlardan, arkadaşlardan aldıkları bilgiler, eğitim ve bilgi etkinlikleri aracılığı ile ya da deneme yanılma yöntemleri elde ettikleri bilgiler olduğu öğrenilmiştir (76).

Çalışmamızda katılımcıların kronik hastalık varlığı sorgulanmıştır. 154 kişi herhangi bir kronik hastalığı olmadığını belirtirken 83 kişide hipertansiyon (HT), 49 kişide diyabetes mellitus (DM), 56 kişide anemi, 61 kişide guatr, 19 kişide kanser, 52 kişide de depresyon tanılarının olduğu öğrenilmiştir (Şekil 4.2). Düzenli ilaç kullanan kişi sayısı ise 216 olarak tespit edilmiştir (Şekil 4.3).

Kronik hastalıkları olanlar herhangi bir sağlık sorunu olduğunda %84,5 gibi yüksek bir oranda öncelikle doktora başvurduklarını belirtmişlerdir. Eczacı, tanıdık veya akrabaya danışma, evdeki ilaçları kullanmak gibi yöntemlere çoğunlukla başvurmadıkları görülmüştür. Kronik hastalık tanısı olanların yaklaşık yarısı ise bitkisel tedavilere de başvurmaktadır. Bu hastaların reçeteli ilaçları nasıl kullandıkları öğrenilmek istenmiştir. Bu katılımcıların %59,8'i ilaçlarını doktor önerilerine uygun kullanırken, %29,2'si şikayetleri geçince ilacını bıraktığını, %11'i ise düzensiz kullandığını bildirmiştir (Tablo 4.23). Bitkisel ürünleri tedavi amacı ile kullananlardaki kronik hastalık sorgulanmasında HT, DM, anemi, guatr, kanser ve

depresyonu olanların bu yöntemlere çoğunlukla başvurdukları saptanmıştır. Alternatif tedavi yöntemlerini denediklerini söyleyenlerde kronik hastalıklar araştırıldığında ise bu hastalıklardan tanı almış olanların daha az oranda bu tarz tedavi yöntemlerine başvurdukları öğrenilmiştir. Tıp dışı tedavileri denemiş olsalar da bu hastalar herhangi bir rahatsızlık durumunda öncelikle doktora başvurmaktadırlar ve tedavilerini doğru bir şekilde uygulamaktadırlar. Akılcı ilaç kullanım ilkelerine uygun davranmış olmaları kronik hastalıkları olan ve bunlara bağlı olarak çoklu ilaç kullanımını bulunan kişiler için hem ilaç-ilaç etkileşimleri hem de ilaç dışı ürünlerin kullanımına bağlı doğabilecek olumsuz sonuçlar açısından oldukça önemlidir (Tablo 4.24-4.27, 4.29, 4.32, 4.33).

Yüksel'in çalışmasında %99'u bir veya birden fazla kronik hastalık tanısı almış olan, %93,4'ü düzenli ilaç kullanan katılımcılara hastalandıklarında ilk ne yaptıkları sorulmuştur. Doktora ya da sağlık kuruluşuna gitme %58,8, daha önce aynı şekilde hastalandığında kullandığı ilaçları alma %34,8, eczacı tavsiyesiyle ilaç alma veya arkadaş, akraba, komşudan ilaç isteme %6,4 şeklinde cevaplar alınmıştır. Hastalık durumundaki davranışları ile cinsiyetler arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Eğitim düzeyleri ile hastalıklardaki ilk başvuru yöntemleri kıyaslandığında okur-yazar olmayanların %63,5'i, ilkokul mezunu ve üzeri eğitim durumu olanların ise %58,5'i hastalanınca ilk olarak doktora veya sağlık kuruluşuna başvurduğu öğrenilmiştir. Hipertansiyon (%29,1), DM (%12,7), hiperlipidemi (%8) en fazla bulunan kronik hastalıklardır. Bu çalışmadaki kadınlar %44,5, erkekler %57,9 oranında ilaçlarını düzenli kullandıklarını bildirmişlerdir (71). Köse ve arkadaşlarının çalışmasında kronik hastalığı olanlar %41,3, sürekli ilaç kullananlar ise %46,3 oranındadır. Kronik hastalık tanısı mevcut olanların diğerlerine göre evdeki ilaçları tekrar kullanırken doktordan bilgi alma ve doktor önerisiyle ilaç kullanma oranlarının daha fazla olduğu saptanmıştır. Ancak kullandıkları ilacın son tüketim tarihine daha az dikkat ettikleri ve prospektüsü daha az oranda okudukları öğrenilmiştir (86).

Şişli Etfal Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği ve Nişantaşı Aile Hekimliği Poliklinikleri'nde 2012 yılında yapılan, %73'ü kadın, %27'si erkek 65 yaş ve üzeri 100 kişinin katıldığı çalışmada en yaygın görülen kronik hastalıklar; hipertansiyon (%80), hiperlipidemi (%47) ve diyabet (%46) olarak saptanmıştır. Doktor önerisi

olmadan ilaç kullananlar %33, en çok kullanılan ilaçlar ise ağrı kesiciler, soğuk algınlığı ilaçları, laksatiflerdir. Ayrıca bitkisel ürünler ve karışımlar da %59 oranında katılımcılar tarafından kullanılmaktadır. Bu ürünleri %42,3 arkadaşlarının önerisiyle, %27,1 gazete-İnternetteki bilgilere dayanarak, %27,1 de geleneksel bilgilerle kullandıklarını belirtmişlerdir (92).

Amman'da yapılan çalışmada da kronik hastalıkları nedeniyle ilaçlarını reçetesiz alan hastaların yaşlara göre dağılımı 0-19 yaş (%13,3), 20-39 yaş (%20,4), 40-59 (%56,1), 60-80 (%65,4) şeklindedir. Yaşları arttıkça katılımcıların reçetesiz ilaç alma oranları da artmıştır (69). ABD-Meksika sınır bölgesinde 2005-2006 yılları arasında 130 kişi ile yapılan çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 71,4'tür. Hipertansiyon, diyabet, hiperlipidemi en sık görülen kronik hastalıklardır. Aspirin en sık kullanılan ilaç, papatya çayı ise en sık kullanılan bitkisel üründür. Ayrıca multivitamin ve kalsiyum da en fazla kullanılan besin takviyeleridir. Katılımcıların %34,6'sı en az bir bitkisel ürün kullandığını belirtmiştir. Bu çalışmada besin takviyeleri ve bitkisel ürünlerin kullanımında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (93).

Çalışmamızda kanser hastaları da sağlık problemi ile karşılaştıklarında hekime başvurduklarını (%84,2) ve ilaçlarını %68,4 oranında gerektiği gibi kullandığını belirtmişlerdir. Ayrıca kanser tanılı hastaların yaklaşık yarısının bitkisel tedavileri de denediği öğrenilmiştir (Tablo 4.28). Karataş ve arkadaşlarının çalışmasında ise kanser nedeniyle bitkisel tedavilere başvuru oranı %2,4 olarak saptanmıştır (72). Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi Medikal Onkoloji Kliniği Ayaktan Kemoterapi Ünitesi'ne 2006 yılında tedavi almak için başvuran 143 kişi ile yapılan çalışmaya katılanların %56,6'sı erkektir. Ankete katılanların %51'i kanser olduklarını bilmemektedir. Katılımcıların %18,8'i hekime başvurmadan daha önce, %81,2'si başvurduktan sonra bitkisel ya da alternatif tedavi yöntemlerini denediklerini söylemişlerdir. Cinsiyet ve kanser olduğunu bilme durumu ile bitkisel tedavilere başvurma durumları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (94).

Ankara'da 2011 yılında katılımcıların %56'sı erkek olan 250 kişi ile yapılan çalışmada da bitkisel tedavileri hiç kullanmadığını belirtenler %62,8 oranındadır. Bitkisel tedavileri onkolojik nedenlerle kullandığını söyleyenler ise %0,8 oranında tespit edilmiştir (95). Nur yaptığı çalışmada kanser tanısı olanlarda bitkisel tedavilere

başvuranları %2,4 oranında saptamıştır (74). Damery ve arkadaşlarının çalışmasına 1134 onkoloji hastası katılmıştır. Kadınların %72,4'ünü oluşturduğu bu çalışmada kanser nedeniyle bitkisel tedavilere başvuru %19,7'dir. Ayrıca kadınların bitkisel tedavileri daha çok tercih ettikleri de saptanmıştır. Vitaminler (%24,9), mineraller (%22,8) kullanılan diğer ilaç dışı tedavilerdir (96).

Kanser için tüm dünya teknolojik gelişmeler ve yeni elde edilen bilgiler ışığında her gün yeni tedaviler üretmeye çalışsa da hala birçok kanser türü için tam bir iyileşme sağlanamamaktadır. Hastalar da hem tedavi umuduyla hem de tedavilerin olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla ilaç dışı tedavilere yaşadıkları bölgeler, ülkeler ve eğitim düzeyleri gibi birçok faktörün etkisiyle farklı oranlarda başvurabilmektedir. Bu yöntemler çoğu zaman maalesef beklenen etkileri gösteremediği gibi bu hastalar için durumu daha da karmaşık bir hale getirebilmektedir.

Polifarmasi yönünden katılımcıları değerlendirmek amacıyla düzenli ilaç kullanımını sorgulanmıştır. Her gün düzenli ilaç kullanan toplam 216 kişiden 29'u dört ve üzeri ilaç, 10 kişi ise beş ve üzeri ilaç kullanmaktadır. Dört ve üzeri ilaç kullananların yaş ortalaması 67,86 iken beş ve üzeri ilaç kullananların yaş ortalaması 71,5'tir. Görüldüğü gibi beş ve üzeri ilaç kullananlarda yaş ortalaması artarken yayılım aralığı da daralmaktadır. Kişiler yaşlandıkça kronik hastalıklar artmakta buna paralel olarak kullandıkları ilaç sayılarında da artış görülmektedir.

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 65 yaş ve üstü kişilerle yapılan çalışmada da yaş ortalaması  $73,4 \pm 6,8$ 'dir. Katılımcıların %73'ü kadınlardan oluşmaktadır. Çalışmada yer alanların %69'u en az bir aydır dört veya daha fazla ilaç kullanmaktadır. Cinsiyetler polifarmasi yönünden kıyaslandığında erkekler (%81,5) kadınlardan (%64,4) daha fazla oranla ilaç kullanmaktadır. Yaş gruplarına polifarmasi açısından bakıldığında 65-74 yaş arasında %60,3, 75-84 arasında %85,3, 85 yaş ve üzerinde %62,5 oranında dört ve üzeri ilaç kullanımını saptanmıştır (92). Diğer bir geriatrik hasta grubunda yapılan çalışma ise; 2012 yılında Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı Genel Dahiliye Polikliniği'ne başvuran 65 yaş ve üzeri 721 kişi ile yapılmıştır. Çalışmada yaş ortalaması  $70,6 \pm 5,1$ 'dir ve %60,9'unu kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmaya dahil edilenleri %6,1'inde kronik hastalık tanısı bulunmazken, hastalık tanısı olanlar

incelendiğinde kadınlarda kronik hastalık sayısının daha fazla olduğu görülmüştür. Bu araştırmada kullanılan ortalama ilaç sayısı  $4.6 \pm 2.8$  olarak tespit edilmiştir. Polifarmasi oranının %49,4 olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %4,8'inin ise herhangi bir ilaç kullanmadıkları öğrenilmiştir. Kadınlarda ilaç kullanım sayısının erkeklerden daha fazla olduğu ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Çalışmada kronik hastalık sayısının artışıyla kullanılan ilaçların sayısının da arttığı görülmüştür (97).

Amerika Birleşik Devletleri-Meksika sınır bölgesinde yapılan çalışmada da katılan 130 kişinin yaş ortalaması 71,4'tür. Polifarmasi prevalansı ise %72,3, beş ve üzeri ilaç kullanım oranı %38,5 olarak saptanmıştır (93). İsveç'te 626.258 kişinin 2005 yılı kayıtlarına ulaşılarak yapılan çalışmada kişilerin yaş ortalaması 80,9, %60'ı kadın ve %65'i kentsel bölgede yaşamakta, %55'i de düşük eğitim seviyesine sahiptir. Serebrovasküler hastalıklar (%10), miyokard enfarktüsü (%6), kanser (%6), koroner kalp hastalığı (%4) en sık alınmış tanılardır. Üç aylık çalışma döneminde ulaşılan kayıtlarda %57'sinde polifarmasi (beş ve üzeri ilaç kullanımı), %18'inde ise aşırı polifarmasi (10 ve üzeri ilaç kullanımı) tespit edilmiştir. Eğitim düzeylerine göre değerlendirildiğinde en düşük eğitim düzeyine sahip kişiler en yüksek ortalama ilaç sayısını almakta ve de en fazla polifarmasi ile aşırı ilaç kullanımı bu grupta bulunmaktadır. Çalışmaya dahil edilen kadınlarda erkeklere göre daha fazla oranda polifarmasi ve aşırı polifarmasi varlığı tespit edilmiştir (98).

İsveçli yaşlılar arasında yaşam koşullarını değerlendirmek amacıyla 1992 ve 2002 yıllarında iki kez gerçekleştirilmiş olan Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest Old (SWEOLD) çalışmasının en son yapılanına dayanılarak 621 kişinin dahil edildiği bir araştırmada da yaş ortalaması 83,3'tür. Katılımcıların %59,3'ü kadın, %85,2'si kendi evlerinde yaşamakta ve %68,2'si sekiz yılın altında eğitim almıştır. Araştırmaya katılanların %88,5'inde ilaç kullanımı, %42,2'sinde de polifarmasi (>5 ilaç kullanımı) tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi düştükçe kullanılan ilaç sayısının arttığı, kurumlarda yaşayanların ve kadın katılımcıların daha fazla ilaç kullandığı saptanmıştır (99).

## 6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran 400 kişi ile yaptığımız çalışmadaki amacımız, katılımcıların akılcı ilaç kullanımını hakkındaki tutumlarını ve kullandıkları ilaçlarla ilgili olarak polifarmasi açısından da durumlarını değerlendirmektir.

Katılımcıların çoğu hastalandıklarında öncelikle doktora başvururken evdeki ilaçları ya da bitkisel ürünleri deneyenler de azımsanmayacak düzeydedir. Altmış dört yaş ve altındakiler, kadınlar ve evliler çoğunlukla doktora gitmeyi tercih etmektedirler. Öncelikle eczaneye başvuranlar ise çoğunlukla kadınlar ile 64 yaş ve altındakilerdir. Üniversite mezunları hastalık durumlarında çevredekilere ve diğer sağlık çalışanlarına diğerlerine göre daha fazla sıklıkta danışmaktadır. Altmış dört yaş ve altındakiler, kadınlar evlerinde bulundurdukları ilaçları ve bitkisel tedavileri daha fazla kullanmaktadır. Üniversite mezunları da bitkisel tedavilere daha fazla başvurmaktadır.

Reçeteli ilaçları doktorun önerdiği şekilde ve uygun sürede kullananlar araştırmamızda %60,3, şikayetleri geçince bırakanlar %25,3, düzensiz kullananlar ise %14,3 oranındadır. Altmış dört yaş ve altındakiler, kadınlar, üniversite mezunları ve çalışanlar ilaç kullanımını konusunda doktor önerilerine daha fazla uymaktadırlar. Katılımcıların %84,3'ü evde gerekli olabileceğini düşünerek ilaç bulundururken en çok bulunan ilaç ağrı kesicilerdir. Evde ilaçları en fazla bulunduranlar; 64 yaş ve altındakiler, kadınlar, evliler, lise ve üniversite mezunlarıdır. Mevcut ilaçları şikayetlerine uygun olarak kullananlar %80,5, son kullanma tarihine dikkate edenler %55,3, ilaç yan etkileri hakkında bilgi sahibi olanlar %32,3 oranındadır.

Evde antibiyotik bulundurma kadınlarda ve üniversite mezunlarında yüksek oranda görülürken, antibiyotikleri en az bulunduranlar 65 yaş ve üstündekilerdir.

Çalışmamızda doktora danışmadan ilaç aldığını söyleyen kişi sayısı 231'dir. En çok alınan ilaçlar ise ağrı kesicilerdir. Çoğunlukla; 64 yaş ve altındakiler, kadınlar, evliler ile lise ve üniversite mezunları hekim önerisi olmadan ilaç almaktadır. Katılımcılar bu ilaçları %48,5'i eczacı ya da diğer sağlık çalışanlarına danışarak, %47'si eski deneyimlerine göre, %10'u çevredeki tanıdık veya akrabaların

önerilerine göre, %14,6'sı ise televizyon veya İnternette edindikleri bilgilere göre almaktadırlar.

Araştırmamızda bitkisel ürünleri tedavi amacıyla kullananlar %61,5 oranındadır. Bitkisel ürünleri tedavi amacıyla 64 yaş ve altındakiler, kadınlar ve evliler daha yüksek oranlarda kullanmaktadır. Genel olarak eğitim düzeyi arttıkça bitkisel tedavilere daha fazla başvurumaktadırlar. Anketimize katılanlar diğer bir ilaç dışı yöntem olan alternatif tedavi formlarını %78 oranında kullanmamaktadırlar. Bu yöntemleri kullananlar ise; 64 yaş ve altındakiler, kadınlar, evliler, üniversite mezunları ile ev hanımı ve memur grubudur. Bu yöntemleri deneseler de yine de bu katılımcılar hastalandıklarında öncelikle doktora başvurduklarını belirtmişlerdir.

Araştırmamızda 83 kişide HT, 49 kişide DM, 56 kişide anemi, 61 kişide guatr, 19 kişide kanser, 52 kişide depresyon olmak üzere 246 kişide bir veya daha fazla kronik hastalık mevcuttur. İki yüz on altı kişi ise kronik hastalıklar nedeniyle düzenli ilaç kullanmaktadır. Kronik hastalık tanıları bulunanlar hastalandıklarında %84,5 gibi yüksek bir oranda öncelikle doktora başvurmaktadır. Bununla birlikte bu katılımcıların yaklaşık yarısı evde bitkisel tedavileri de denemektedirler. Reçeteli ilaçlarını ise %59,8'i doktor önerisine göre kullanmaktadır. Bitkisel yöntemleri tedavi için kullananlardaki kronik hastalık sorguladığımızda HT, DM, anemi, guatr, kanser ve depresyonu olanların bu yöntemlere çoğunlukla başvurdukları saptanırken, alternatif tedavi yöntemlerini deneyenlerde bu hastalık tanılarına sahip olanların daha az oranda bu yöntemlere başvurduğu öğrenilmiştir.

Kanser tanısı olanlar herhangi bir hastalıkla karşılaştıklarında doktora başvurmakta (%84,2) ve ilaçlarını %68,4 oranında düzenli kullanmaktadır. Kanser tanısı bulunanların yaklaşık yarısı bitkisel tedavileri de denemektedir.

Düzenli ilaç kullanan 216 kişiden 29'u dört ve üzeri ilaç, 10 kişi ise beş ve üzeri ilaç kullanmaktadır. Dört ve üzeri ilaç kullananların yaş ortalaması 67,86 iken beş ve üzeri ilaç kullananların yaş ortalaması 71,5'tir. Beş ve üzeri ilaç kullananlarda yaş ortalaması artarken yayılım aralığı da daralmaktadır. İleri yaşlarda kronik hastalıklarla beraber kullanılan ilaç sayıları da artmaktadır.

Anket sonunda yapılan bilgilendirme sonrası birçok hasta yanıışları olduğunun farkına vardığını, bundan sonra özellikle ilaç kullanımı ile ilgili davranış değişikliği yapacaklarını dile getirmişlerdir. Akılcı ilaç kullanımı konusunda

toplumda farkındalık yaratmak çalışmamızın önemli amaçlarından birini oluşturmaktadır. Bunu toplumun küçük bir kesiminde de olsa sağladığımızı düşünmekteyiz.

Akılcı ilaç kullanımını konusundaki farkındalığı artırmak, yanlışları düzeltmek, özellikle ilaç kullanımında bilinçli bir toplum elde etmek istiyorsak, bizim çalışmamız gibi birçok yapılmış ya da yapılacak olan araştırmanın yanında, hekimler olarak bizler tüm hastalarımızda bu bilinci oluşturmak için gerekli özveri ve çabayı her zaman göstermeliyiz. Bu konuda sadece hekimlerin çabası yetmez. Sağlık Bakanlığı'nın halkı bilgilendirmesi, bunlarla ilgili eğitimler düzenlemesi ve buna eğitim kurumlarının da dahil olarak toplumumuzun büyük bir çoğunluğunu oluşturan gençlerin sağlık ve özellikle AİK ile ilgili gerekli bilgi ve bilinci kazanması sağlanmalıdır.

Hekimin hastasına doğru bilgileri aktarması için öncelikle doktorun bilgisinin, becerisinin tam olması gereklidir. Mezuniyet öncesi eğitimlerle ya da mezuniyet sonrası kılavuzlar, eğitim programları aracılığı ile de bu konudaki eksiklikler giderilebilir. Hastanın sağlık sorunlarının giderilmesi öncelikli amacımız olmalıdır ancak bunun yanında vereceğimiz tedavinin maliyet etkin olması hem hasta hem toplum ekonomisi açısından büyük önem arz etmektedir.

Bizim çalışmamızda olduğu gibi diğer çalışmalarda da sağlık sorunları ile ilgili ilk başvuru noktalarından birinin eczaneler olduğu görülmektedir. Reçeteli ilaçları alırken de direk başvurularda da hastaların ilaçlarını ne için ve nasıl kullanacağı, yan etkilerinin neler olduğu gibi konularda anlaşılır bir şekilde bilgi vermek eczacının sorumluluğundadır. Bu konuda eczacılar ve çalışanlarının gerekli bilgiye sahip olması ve gerekli özveriyi göstermesi AİK açısından oldukça önemlidir. Ayrıca eczanelerde reçetesiz ilaç kullanımının denetlenmesi uygunsuz durumlarla ilgili gerekli yaptırımların uygulanması devlet kurum ve kuruluşlarının sorumluluğundadır.

Günümüzde antibiyotik direnci tüm dünyanın problemi haline gelmiştir. Bundaki en büyük etkenler; bilinçsiz ya da gereksiz antibiyotik kullanımları ve verilen tedavilerin tamamlanmadan kesilmesidir. Bu sorunun çözümünde; doktor gereksiz antibiyotik yazmamalı, hasta gereksiz yere antibiyotik kullanmak için

hekimin tedavisine müdahaleci davranmamalı ve verilen tedaviyi tamamlamadan kesmemelidir.

Hastaların kendilerince yaptıkları bir diğere tedavi yöntemi de bitkisel ürünler ve alternatif tedavi yöntemleridir. Bu konulardaki bilgileri aile geleneklerinden, televizyon, İnternet gibi sosyal medya araçlarından ya da çevrelerindeki kişilerden edinmektedirler. Kültürümüzde bulunan ya da diğere kültürlerdeki yöntemleri bilinçsizce kullanmak hastaya yarar yerine zarar getirebilmektedir. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili verilecek olan eğitimler içerisinde mutlaka bu konulara da yer verilmelidir.

Yaşlılar tüm hekimlerin öncelikle de aile hekimlerinin özellikli hasta gruplarından birini oluşturmaktadır. Yaşlıların yaşam kalitesini iyileştirmek; bakımları, yaşadıkları çevreler gibi faktörlerin iyileştirilmesinin yanında aldıkları ilaçları da doğru şekilde kullanmaları ile sağlanabilir ancak. Yaşla birlikte kronik hastalıklar ve bunlara bağlı olarak da kullanılan ilaç sayıları giderek artmakta bunlar da ilaç yan etkilerine, ilaç-ilac etkileşimlerine bazen toksik dozda kullanıma kadar hastayı götürebilmektedir. Tüm bunların önüne geçmek için yaşlılara ve onların bakımını üstlenen kişilere daha özenli ve sabırlı davranarak ve bu konularda gerekli bilgi ve eğitimi vererek ilaç kullanımlarındaki yanlışları engellemeliyiz.

Bu çalışmada anket uygulanan kişilere görüşmenin sonunda bilgilendirme de yapılmıştır. Bu yönde atılacak adımlara küçük bir katkı sağlandığı düşünülmektedir. Bunun sürekli olması sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

1. World Health Organization. WHO Policy Perspectives On Medicines. Promoting Rational Use Of Medicines: Core Components. Geneva Sept 2002. Erişim: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf> (Erişim Tarihi: 01.11.2017).
2. Active Ageing, A Policy Framework. WHO publications 2002.
3. World Health Organisation, Conference of Experts on the Rational Use of Drugs. Nairobi, Kenya: WHO/CONRAD/WP/RI; 25-29.12.1985.
4. T.C. Devlet Planlama Teşkilatı. İlaç Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı, Ankara 2001. <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/zet%20htisas%20Komisyonu%20Raporlar/Attachments/98/oik556.pdf> (Erişim Tarihi: 01.11.2017).
5. Melli M. Akılcı ilaç kullanımı. Anestezi Dergisi. 2010;18(3):131-134.
6. Akıcı A, Uğurlu MÜ, Gönüllü N ve ark. Pratisyen hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. STED. 2002;11(7):253-7.
7. Eşkazan E. Akılcı İlaç Kullanımı. STE [düzenli elektronik dergi] 1999-Ocak [18 Ağustos 2008]; 11 [160]. <http://www.ctf.edu.tr/stek/pdfs/11/1101ee.pdf>.
8. World Health Organisation. Guide to good prescribing: A practical manual. Geneva 1997:7-16.
9. Sürmelioglu N. Kıroğlu O. Erdoğan T. Karata Y. Akılcı olmayan ilaç kullanımını önlemeye yönelik tedbirler. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. Archives Medical Review Journal 2015;24(4):452-462.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı. Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998). T.C. Resmi Gazete, 23420, 01.08.1998.
11. Kayaalp O. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji 11. Baskı, Ankara: Pelikan Kitabevi; 2005, p 137-142.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı. Ankara.2011, Araştırma Serisi:9.
13. Demirkıran M. Şahin B. Pratisyen hekimlerin ilaç seçimlerini etkileyen faktörlere ilişkin değerlendirmeleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2010;13(1):1-28
14. Horder J. Bosanquet N. Stocking B. Ways of Influencing the Behaviour of General Practitioners. Journal of the Royal College of General Practitioners. 1986;36(292):517-521.
15. Pınar N. Ülkemizde ilaç harcamaları. İÜ Tıp Fak Dergisi. 2012;19(1):59-65.
16. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) Health Expenditure and Financing. Erişim: [http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH\\_STAT#](http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT#). (Erişim Tarihi: 05.11.2017).
17. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Türkiye Akılcı İlaç Kullanımı Bülteni. Eylül 2015; 2(9):4-12. Erişim: <http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2015/09/aik-bltn-12-i.pdf> (Erişim Tarihi:05.11.2017).

18. T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, İlaç Takip Sistemi. Erişim: <https://www.its.gov.tr/mobile/index.php?run=content&get=14&mp=3,10> (Erişim Tarihi: 06.11.2017).
19. Yılmaztürk A. Türkiye’de ve Dünyada Akılcı İlaç Kullanımı. Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2013;2(2):42-49.
20. İskit AB. Akılcı İlaç Kullanımı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2006; 15(7):4-5.
21. The European Definition Of General Practice / Family Medicine, WONCA Europe Office Publication 2011 Edition. p. 8. Erişim: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%203rd%20ed%202011%20with%20revised%20wonca%20tree.pdf> (Erişim Tarihi: 06.11.2017).
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Aile Hekimliği. Erişim: <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html> (Erişim Tarihi: 06.11.2017).
23. Quick JD. Hogerzeil HV. Vela’squez G. Ra’go L. Twenty-five years of essential medicines. Bulletin of the World Health Organization. 2002;80(11):913-914.
24. Aktuğlu Y. Akılcı antibiyotik kullanımı. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Akılcı İlaç Kullanımı Sempozyumu Kitabı. 1999:59-76.
25. Yamantürk Çelik P. Bütet B. Geçmişten Günümüze Antibiyotikler: Genel Bakış, ANKEM Derneği. Erişim: <http://www.ankemderneği.org.tr/index.php/sizden-gelenler/117-gecmisten-gunumuze-antibiyotikler-genel-bir-bakis>. (Erişim Tarihi:06.11.2017).
26. Öztürk R. Akılcı Antibiyotik kullanımı ve ülkemizde antimikrobik maddelere direnç sorunu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 2008;61:1-16.
27. Şencan İ. Antibiyotik kullanımına kamu bakışı. ANKEM Dergisi. 2011;25(Ek 2):123-125.
28. Kayhan Tetik B. Baydar Artantaş A. Uygunsuz Antibiyotik Kullanımı. Turkish Medical Journal. 2011;5(3):136-138.
29. Van de Sande- Bruinsma N, Grundmann H, Verloo D, et al. Antimicrobial drug use and resistance in Europe. Emerg Infect Dis 2008;14: 1722-30.
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Aksoy M. Verilerle Antibiyotik Kullanımı. Erişim: <http://www.klimik.org.tr/wpcontent/uploads/2016/10/verilerle-antibiyotik-kullanimi-ecz-mesil-aksoy.pdf> (Erişim tarihi:07.11.2017).
31. Şahin MK. Güven V. Yarış F. Birinci Basamakta Akılcı Antibiyotik Kullanımı. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi. 2015;7(1):30-33.
32. Leung E. Weil DE. Raviglionea M. Nakatania H. The WHO policy package to combat antimicrobial resistance. Bull World Health Organ 2011;89:390–392.
33. Kayaalp O. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji 11. Baskı, Ankara: Pelikan Kitabevi; 2005 p. 837-870.
34. Akıncı Tan A. Antiinflamatuvar İlaçların Akılcı Kullanımı. İç Hastalıkları Dergisi. 2005;12(1): 38-46.

35. Göktürk HS. Non-Steroid Anti-İnflamatuvar İlaçlar, Endikasyon, Kontrendikasyon, Endikasyonsuz Kullanım, Komplikasyonları Önlemek İçin Ne Yapmalı? Güncel Gastroenteroloji Dergisi 2017;21(1):31-37.
36. Brune K, Patrignani P. New insights into the use of currently available non-steroidal anti-inflammatory drugs. *J Pain Res* 2015;8: 105-18.
37. Rostom A. Dube C. Wells G. Tugwell P. Welch V. Jolicoeur E. et al. Prevention of NSAID-induced gastroduodenal ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;4:CD002296. Erişim: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD002296>. (Erişim Tarihi:07.11.2017).
38. Çoşkun F. Turhan H. İstanbul'da vitamin kullanım alışkanlıkları ve bu alışkanlıkları etkileyen faktörler üzerine bir araştırma. *Marmara Eczacılık Dergisi* 2010;14: 21-28.
39. Eroğlu Samur G. Vitaminler Mineraller ve Sağlığımız. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü. Ankara 2012.
40. Egemen A. Vitamin ve Minerallerde Gelişmeler. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2006;2(11):1-7
41. Hamishehka H. Ranjdoost F. Asgharian P. Mahmoodpoor A. Sanaie S. Vitamins, Are They Safe? *Adv Pharm Bull.* 2016;6(4):467-477.
42. Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu (2010). T.C. Resmi Gazete, 27610, 13 Haziran 2010.
43. Ergen A. Bozkurt Bekoğlu F. Türkiye'de Besin Destek Ürünlerine Yönelik Görüşler ve Tüketici Profilini Tanımlamaya Yönelik Bir Araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi.* 2016;8(1):323-341.
44. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, <https://www.titck.gov.tr> (Erişim Tarihi:08.11.2017).
45. Regan L. Bailey, Jaime J. Gahche, Cindy V. Lentino, Johanna T. Dwyer, Jody S. Engel, Paul R. Thomas, Joseph M. Betz, Christopher T. Sempos, and Mary Frances Picciano Dietary Supplement Use in the United States, 2003–2006. *The Journal of Nutrition.* 2011;141(2):p.261–266.
46. Bailey RL. Gahche J. Miller PE. Thomas PR. Dwyer JT. Why US adults use dietary supplements. *JAMA Intern Med.* 2013 Mar 11;173(5):355-61.
47. Keser A. Yabancı N. Öztürk ME. Üniversite Öğrencilerinin Vitamin ve Mineral Desteği Kullanım Durumları. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;23: 108-113.
48. Güler D. Gökdemir K. Günay M Türkiye'de Üniversitelerarası Spor Oyunlarına Katılan Futbolcuların Ergojenik Yardımcılar Hakkındaki Bilgileri Ve Kullanma Düzeyleri. *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi (Gazi BESBD), IX (2004), 3:37- 48.*
49. Maughan RJ. Greenhaff PL. Hespel P. Dietary supplements for athletes: emerging trends and recurring themes. *Journal of Sports Sciences.* 2011;29(1):57–66.
50. Ünal M. Sporcularda kreatin desteği ve egzersiz performansı üzerine etkileri. *Genel Tıp Dergisi* 2005;15(1):43-50.
51. Karakuş M. Sporcularda Ergojenik Destek. *Spor Hekimliği Dergisi.* 2014;49: 155-167.
52. Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the elderly: a literature review. *J Am Acad Nurse Pract* 2005;17: 123-132.
53. Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim: <http://tuik.gov.tr> (Erişim Tarihi: 09.11.2017).

54. Yeşil Y. Cankurtaran M. Kuyumcu ME. Polifarmasi. Klinik Gelişim. 2012;25: 18-23
55. Veehof L, Stewart R, Haaijer-Ruskamp F, Jong BM. The development of polypharmacy. A longitudinal study. *Fam Pract* 2000;17: 261-7.
56. Sigurdardottir A. Arnadottir SA. and Gunnarsdottir ED. Medication use among community-dwelling older Icelanders. Population-based study in urban and rural areas. *Laeknabladid*. 2011;97(12):675-680.
57. Heuberger RA. Caudell K. Polypharmacy and nutritional status in older adults. *Drugs & aging*. 2011;28(4):315-323.
58. Beer C. Hyde Z. Almeida OP. Norman P. Hankey GJ. Yeap BB. Flicker L. Quality use of medicines and health outcomes among a cohort of community dwelling older men: an observational study. *British journal of clinical pharmacology*. 2011;71(4):592-599.
59. Nobili A. Franchi C. Pasina L. Tettamanti M. Baviera M. Monesi L. Roncagliani C. Riva E. Lucca U. Bortolotti A. Drug utilization and polypharmacy in an Italian elderly population: the EPIFARM elderly project. *Pharmacoepidemiology and drug safety*. 2011;20(5):488-496.
60. Viktil KK. Blix HS. Moger. TA. Reikvam A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. *Br J Clin Pharmacol* 2007;63: 187–95.
61. Akçay Ş. ve diğ. Birinci Basamak İçin Temel Geriatri. Birinci Baskı, Ankara 2012;14-15. Erişim: [http://www.turkgeriatri.org/pdf/sempozyum\\_kitabi.pdf#page=57](http://www.turkgeriatri.org/pdf/sempozyum_kitabi.pdf#page=57) (Erişim Tarihi: 2.11.2017)
62. Scott IA, Hilmer SN, Reeve E & et al. Reducing inappropriate polypharmacy: The process of deprescribing. *JAMA Intern. Med.* 175, 827–834 (2015). Erişim: [https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2204035?utm\\_source=TrendMD&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=JAMA\\_Intern\\_Med\\_TrendMD\\_1](https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/article-abstract/2204035?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=JAMA_Intern_Med_TrendMD_1) (Erişim Tarihi: 05.11.2018)
63. Endsley S. Deprescribing Unnecessary Medications: A Four-Part Process. *Fam Pract Manag.* 2018 May-June;25(3):28-32. Erişim: <https://www.aafp.org/fpm/2018/0500/p28.html> (Erişim Tarihi: 05.11.2017)
64. Yapıcı G. Balıkcı S. Uğur Ö. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. *Dicle Tıp Dergisi* 2011;38(4):458-465.
65. Palaz Türker Ö. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Polifarmasi ve Akılcı İlaç Kullanım Durumları. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği. Uzmanlık Tezi. Ankara 2017.
66. Ekeneler Ş. Koçoğlu D. Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi ve Uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2016;3(3):44-55.
67. Martins AP. Miranda AC. Mendes Z. Soares MA. Ferreira P. Nogueira A. Self-medication in a Portuguese urban population: a prevalence study. *Pharmacoepidemiology and drug Safety*. 2002;11:409-414.

68. Baybek H, Bulut D, Çakır A. Muğla Üniversitesi idari personelinin ilaç kullanma alışkanlıklarının belirlenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2005;15: 53-67.
69. Yousef A-MM, Al-Bakri AG, Bustanji Y, Wazaify M. Self-medication patterns in Amman, Jordan. Pharmacy World & Science 2008;30(1):24-30.
70. Özkan S. Özbay O. Aksakal F. İlhan M, Aycan S. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2005;4(5):223-37.
71. Yüksel Gülsüm H. Özaydın Ayşe N. Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran yaşlıların ilaç kullanım konusundaki bilgi ve davranışları. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul 2016.
72. Karataş Y. Dinler B. Erdoğan T. Ertuğ P. Seydaoğlu G. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'ne Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi (Journal of Cukurova University Faculty of Medicine) 2012;37(1):1-8.
73. Major C. Vincze Z. Consumer habits and interests regarding non-prescription medications in Hungary. Family Practice 2010;27: 333–338.
74. Nur N. Knowledge and behaviours related to herbal remedies: a cross-sectional epidemiological study in adults in Middle Anatolia, Turkey. Health and Social Care in the Community 2010;8(4):389-395.
75. Pınar N. Adana İlindeki İnsanların İlaç Kullanım Alışkanlıkları. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Adana 2010.
76. Welz AN. Emberger-Klein A. Menrad K. Why people use herbal medicine: insights from a focus-group study in Germany. BMC Complement Altern Med. 2018 Mar 15;18(1):92.
77. Picking D. Younger N. Mitchell S. Delgoda R. The prevalence of herbal medicine home use and concomitant use with pharmaceutical medicines in Jamaica. Journal of Ethnopharmacology. 2011;137(1):305-311.
78. Özçelikay G. Akılcı İlaç Kullanımı Üzerinde Bir Pilot Çalışma. Ankara Ecz Fak Der. 2001;30(2):9-18.
79. Çelik E. A Pilot Study On Rational Drug Use And Drug Use Habits. Republic of Turkey Yeditepe University Graduate School of Health Sciences Clinical Pharmacy Master Thesis. İstanbul 2011
80. Okyay RA. Erdoğan A. Self-medication practices and rational drug use habits among university students: a cross-sectional study from Kahramanmaraş, Turkey. PeerJ. 2017 Nov 1;5: e3990. doi: 10.7717/peerj.3990.
81. Leen De Bolle, Els Mehuys, Els Adriaens, Jean-Paul Remon, Luc Van Bortel and Thierry Christiaens, Home Medication Cabinets and Self-Medication: A Source of Potential Health Threats? The Annals of Pharmacotherapy 2008;42: 572-579.

82. Gül S, Öztürk DB, Yılmaz MS, Uz-Gül E. Ankara halkının kendi kendine antibiyotik kullanımı hakkındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi* 2014;71(3):107-112.
83. Mete S. Ünal Z. Kapadokya Bölgesi İl Merkezlerinde Yaşayanların İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi Cilt 6(2)* 661-680 2017.
84. Sarı B. Uluşan M. Muhsen A. Önel Z. Kuzey Kıbrıs'ta Reçetesiz İlaç Kullanımı. *Turkish Family Physician* 2014;5(2):1-2.
85. Canbolat F. Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Hastaların İlaç Kullanım Alışkanlıkları ve Reçete Maliyetlerinin Değerlendirilmesi. T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Farmakoloji ve Toksikoloji (Vet) Anabilim Dalı. Konya 2007.
86. Köse E. Erdoğan N. Bedir N. Demirbaş M. İnci MB. Karabel MP. Tok Ş. Aktan Kibar F. Ekerbiçer HÇ. Sakarya'nın Taraklı İlçesindeki Erişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Bazı Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi. *Sakarya Tıp Dergisi* 2018;8(1):80-89.
87. Jamhour A. El-Kheir A. Salameh P. Abi Hanna P. Mansour H. Antibiotic knowledge and self-medication practices in a developing country: A cross-sectional study. *American Journal of Infection Control* 2017;45(4):384-388.
88. Ye D. Chang J. Yang C. Yan K. Ji W. Aziz MM. Gillani AH. Fang Y. How does the general public view antibiotic use in China? Result from a cross-sectional survey. *Int J Clin Pharm.* 2017;39(4):927-934.
89. Zuccoa R. Lavanoa F. Anfossob R. Biancoa A. Pileggia C. Paviaa M. Internet and social media use for antibiotic-related information seeking: Findings from a survey among adult population in Italy. *International Journal of Medical Informatics* 2018;111:131-139
90. Jasim AL, Fadhil TA, Taher SS. Self Medication Practice among Iraqi Patients in Baghdad City. *American Journal of Pharmacological Sciences* 2014;2(1):18-23.
91. Cheung C, Wyman J, Halcon L. Use of complementary and alternative therapies in community-dwelling older adults. *J Alternative Complementary Med* 2007;13: 997-1006.
92. Taşkın Şayir Ç. Aslan Karaoğlu S. Evcik Toprak D. Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne Başvuran 65 Yaş Üstü Hastalarda Polifarmasi ve Tamamlayıcı Tedavi Kullanımlarının Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg* 2014;18(1):35-41.
93. Loya AM. Gonzalez-Stuart A. Rivera JO. Prevalence of Polypharmacy, Polyherbacy, Nutritional Supplement Use and Potential Product Interactions among Older Adults Living on the United States-Mexico Border. *Drugs Aging* 2009;26(5):423-436.
94. Uğurluer G. Karahan A. Edirne T. Şahin HA. Ayaktan Kemoterapi Ünitesinde Tedavi Alan Hastaların Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Uygulamalarına Başvurma Sıklığı ve Nedenleri. *Van Tıp Dergisi.* 2007;14(3):68-73.
95. Sarınca Y. Ankara İli Etimesgut Bölgesinde Hastaların Tıbbi Bitkisel Ürünlere Bakış Açılarının Değerlendirilmesi. T.C. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Farmakognozi Anabilim Dalı Fitoterapi Programı. Ankara 2012.

96. Damery S. Gratus C. Grieve R. Warmington S. Jones J. Routledge P. Greenfield S. Dowswell G. Sherriff J. Wilson S. The use of herbal medicines by people with cancer: a cross-sectional survey. *British Journal of Cancer* 2011;104: 927-933.
97. Pesen E. Genel Dahiliye Polikliniğine başvuran geriatric hastalarda polifarmasi oranları ve ilaç kullanımı ile ilgili uygunsuzlukların irdelenmesi. T.C. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi. Bursa 2013.
98. Haider SI. Johnell K. Ringbäck Weitoft G. Thorslund M. and Fastbom J. The Influence of Educational Level on Polypharmacy and Inappropriate Drug Use: A Register-Based Study of More Than 600,000 Older People. *JAGS* 2009;57(1):62–69.
99. SI Haider, K Johnell, M Thorslund, J Fastbom Analysis of the Association Between Polypharmacy and Socioeconomic Position Among Elderly Aged >7 Years in Sweden. *Clinical Therapeutics* 2008;30(2):419-427.



## ÖZGEÇMİŞ

### I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı: Başak BEGGİ

Doğum yeri ve tarihi: Antalya 14.02.1985

Uyruğu: T.C.

Medeni durumu: Bekar

İletişim adresi ve telefonu: basakbeggi@gmail.com

Yabancı dili: İngilizce

### II- Eğitimi

2015-Halen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2006-2012 Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

2000-2004 Metin Nuran Çakallıklı Anadolu Lisesi

1997-2000 Hüseyin Avni Çöllü İlköğretim Okulu

1992-1997 Alaeddin Keykubat İlköğretim Okulu

### III- Unvanları

2012 Pratisyen Hekim

2015 Asistan Doktor

### IV- Mesleki Deneyimi

2012-2014 Çanakkale Biga Devlet Hastanesi Acil Servis

2014-2015 Afyonkarahisar Zübeyde Hanım Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Acil Servis

2015- Halen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'nde asistan doktor olarak görev yapmaktayım.

### V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

#### VI- Bilimsel İlgi Alanları:

Belger F, Beggi B, Atalay S, Ergin Ç. Günlük kullanımdaki su ısıtıcılarında insan patojeni siyah maya kolonizasyonunun kültür yöntemi ile araştırılması. Pamukkale Tıp Dergisi. 2009; 2(3):131-3.


#### VII- Bilimsel Etkinlikleri

#### VIII- Diğer Bilgiler

Mayıs-Haziran 2018: RİA Uygulama ve Aile Planlaması Sertifika Eğitimi

# EKLER

## Ek 1. Etik Kurul Onayı (1. Sayfa)

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU					
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Aile Hekimliği'nde Akılcı İlaç Kullanımı ve Polifarmasiye Yaklaşım" 2017-136			
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU					
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	S.B.Ü. ANTALYA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
	AÇIK ADRESİ:	Varlık Mah. Kazım Karabekir Cad. Muratpaşa /ANTALYA			
	TELEFON	0242 2494400 - 4217			
	FAKS				
	E-POSTA	etik.kurul.07@gmail.com			
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Uzm.Dr.Zeynep AŞIK			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Aile Hekimliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	SBÜ Antalya SUAM			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI				
	DESTEKLEYİCİ				
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ				
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 4	<input type="checkbox"/>		
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input type="checkbox"/>			
Diğer ise belirtiniz:	Gözlemsel, Tanımlayıcı Klinik Araştırma				
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili	
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
RL EN Dİ G	Belge Adı		Açıklama		
Etik Kurul Başkanının Unvanı/Adı/Soyadı: Uzm.Dr.Özlem GİRAY İmza: 					
Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.					

Etik Kurul Onayı (2. Sayfa)

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		"Aile Hekimliği'nde Akılcı İlaç Kullanımı ve Polifarmasiye Yaklaşım" 2017-136	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			
ÇIKARAR BİLGİLERİ	SIGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input checked="" type="checkbox"/>	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	İLAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DiĞER:	<input type="checkbox"/>		
Karar No: 11/12		Tarih: 23/06/2017	
Çalışmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.			

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Uzm.Dr.Özlem GİRAY


Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Uzm.Dr. Özlem GİRAY	Tıbbi Farmakoloji	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Özkan KÖSE	Ortopedi	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç.Dr. Esin YILMAZ	Tıbbi Biyokimya	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Doç.Dr. Osman Zekai ÖNER	Genel Cerrahi	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Doç.Dr. Aysel DERBENT UYSAL	Kadın Doğum	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uz.Dr.Belkis KOÇTEKİN	Fizyoloji	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Sos.Hiz.Uz.Ayten KAYA KILIÇ	Sosyal Hizmetler	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	KATILMADI
Uzm.Dr. İshak Abdurrahman İŞİK	Çocuk Gastroenteroloji	S.B.Ü. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uz.Dr.Hülya KARAKILINÇ	Halk Sağlığı	Antalya İl Sağlık Müdürlüğü	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr.Ecz. Özlem BATU	Eczacı	Serbest Eczacı	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Mehmet ORAKÇI	Hukuk	Antalya İl Sağlık Müdürlüğü	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

\* Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Uzm.Dr.Özlem GİRAY  
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

## Ek 2. Bilgilendirilmiş gönüllülük ve olur formu

 <p>TC Sağlık Bakanlığı Türkiye İçin ve Tıbbi Gelişim İçin</p>	<b>Aile Hekimliği'nde Akılcı İlaç Kullanımı ve Polifarmasiye Yaklaşım Çalışması</b>	<b>Doküman Adı: KADB-F.23-R.00</b>
	<b>ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU</b>	<b>Yayın Tarihi: 18.04.2013</b>
		<b>Sayfa No: 1/1</b>
		<b>Onaylayan: Daire Başkanı</b>

**Sayın Katılımcı,**

“Aile Hekimliği'nde Akılcı İlaç Kullanımı ve Polifarmasiye Yaklaşım” başlıklı çalışma bir gözlemsel araştırmadır. Araştırmanın amacı araştırmaya katılan kişilerin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili tutum ve davranışlarının değerlendirilip sonrasında kısa bir eğitim verilerek katılımcıların bu konu hakkındaki farkındalığının artırılmasıdır.

Araştırmaya katılan kişilerin kimlik bilgileri kullanılmayacak; hiçbir katılımcıya herhangi bir ilaç verilmeyecek; hiçbir tedavi uygulanmayacak; noninvaziv veya invaziv hiçbir tetkik yapılmayacaktır. Sadece kendisinden alınan bilgiler değerlendirilecektir. İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoriteleri katılımcının orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimde bulunabilirler, ancak bu bilgiler gizli tutulacaktır. Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilcisi söz konusu erişime izin vermiş olacaktır.

Araştırmaya katılması beklenen tahmini gönüllü sayısı 400 olarak belirlenmiştir. Araştırma hakkında, kendi hakları hakkında veya araştırmayla ilgili herhangi bir advers olay hakkında daha fazla bilgi temin edebilmesi için temasa geçebileceği kişi ile günün 24 saatinde erişebileceği telefon numarası aşağıda belirtilmiştir.

**Katılımcı Onamı:**

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama yukarıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

**Katılımcının Adı Soyadı:** \_\_\_\_\_ **İmzası:** \_\_\_\_\_ **Tarih:** .... / .... / 201...

**Yasal temsilcisinin Adı Soyadı:** \_\_\_\_\_ **İmzası:** \_\_\_\_\_ **Tarih:** .... / .... / 201...

**Doktorun Adı Soyadı:** Dr. Başak BEGGİ **İmzası:** \_\_\_\_\_ **Tarih:** .... / .... / 201...

**Adresi:** Antalya Eğitim ve Araştırma Hast. Aile Hekimliği Kliniği, Varlık Mah. Kazım Karabekir Cad. 07100 Antalya Telefon: 0242.2494400/4216 (Hastane santrali aracılığıyla 24 saat ulaşabilirsiniz)

**Varsa Tanığın Adı Soyadı:** \_\_\_\_\_ **İmza:** \_\_\_\_\_ **Tarih:** .... / .... / 201...

### Ek 3. Akılcı İlaç Kullanımı Anketi (1. Sayfa)

T.C. Sağlık Bakanlığı  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Aile Hekimliği Kliniği

#### Aile Hekimliğinde Akılcı İlaç Kullanımı ve Polifarmasiye Yaklaşım Araştırması

1. Yaş: .....
2. Cinsiyet: a) Kadın b) Erkek
3. Medeni hal: a) Evli b) Bekar c) Boşanmış
4. Öğrenim durumu: a) Okur-yazar değil b) Okur-yazar c) İlkokul d) Ortaokul  
e) Lise f) Üniversite g) Yüksek Lisans/Doktora
5. Meslek: a) Ev hanımı b) Memur c) İşçi d) Esnaf  
e) Özel Sektör f) İşsiz g) Emekli h) Öğrenci i) Diğer (.....)
6. Sosyal güvence a) SSK b) Bağ-Kur c) Emekli Sandığı  
d) Yeşil kart e) Özel sigorta f) Sigortasız
7. Evinizde kimlerle yaşıyorsunuz? (Kişi sayısı .....)  
a) Yalnız b) Karı-koca c) Çocuklarıyla (Çekirdek aile)  
d) Geniş aile (Kimlerle yaşıyor? .....) )
8. Hastalandığınızda ne yaparsınız? (Birden fazla şık işaretlenebilir)  
a) Doktora giderim  
b) Eczaneye giderim  
c) Diğer sağlık personeline danışırım  
d) Tanıdık / akrabalara danışırım  
e) Evdeki ilaçlardan kullanırım  
f) Bitkisel ilaç kullanırım
9. Size reçete edilen ilaçları nasıl kullanırsınız?  
a) Doktorun önerdiği doz ve sürede  
b) Hastalık şikayetlerim düzelinceye kadar  
c) Düzenli kullanmam  
d) Diğer (Belirtiniz .....)
10. Hiç ilaç yan etkisi ve/ veya alerjisi yaşadınız mı? a) Hayır b) Evet  
(Belirtiniz .....)
11. Gerekli olabileceği için evde ilaç bulundurur musunuz? a) Hayır b) Evet  
(Soruya hayır cevabı verildiyse lütfen 14. soruya geçiniz.)

Lütfen arka sayfaya geçiniz →

Akılcı İlaç Kullanımı Anketi (2. Sayfa)

12. Evde hangi tür ilaçlar bulundurursunuz? (Birden fazla şık işaretlenebilir.)

- |                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| a) Antibiyotik         | b) Ağrı kesici tablet      |
| c) Ateş düşürücü şurup | d) Mide ilaçları           |
| e) Vitamin             | f) Alerji ilaçları         |
| g) Yara ilaçları       | h) Diğer (Belirtiniz ..... |

13. Evde bulundurduğunuz ilaçları kullanırken nelere dikkat edersiniz? (Birden fazla şık işaretlenebilir.)

- Şikayetlerime uygunluğuna
- Son kullanma tarihine
- İlaçların yan etkilerine
- Kullanım şekillerine (Tablet, şurup, enjeksiyon vs.)

14. Hekime danışmadan ilaç satın alırsınız? a) Hayır b) Evet

15. Hangi tür ilaçları hekime danışmadan alırsınız? (Birden fazla şık işaretlenebilir.)

- |                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| a) Antibiyotik         | b) Ağrı kesici tablet      |
| c) Ateş düşürücü şurup | d) Mide ilaçları           |
| e) Vitamin             | f) Alerji ilaçları         |
| g) Yara ilaçları       | h) Diğer (Belirtiniz ..... |

16. Hekime danışmadan ilaç aldığınızda nelere dikkat edersiniz? (Birden fazla şık işaretlenebilir.)

- Eczacı veya diğer sağlık çalışanlarına danışırım
- Eski deneyimlerime göre alırım
- Tanıdıklarımın önerilerine göre hareket ederim
- Televizyon programlarından yararlanırım
- İnternette araştırırım
- Diğer (Belirtiniz .....

17. Kronik hastalığınız var mı? a) Hayır b) Evet

18. Varsa hangi hastalıklar? (Birden fazla şık işaretlenebilir.)

- |                  |                            |
|------------------|----------------------------|
| a) Hipertansiyon | e) Kanser                  |
| b) Diyabet       | f) Depresyon               |
| c) Anemi         | g) Diğer (Belirtiniz ..... |
| d) Guatr         |                            |

19. Düzenli kullanmanız gereken ilacınız var mı? a) Hayır b) Evet

20. Varsa hangi ilaçlar? (Belirtiniz .....

21. Bitkisel ilaçları tedavi amacıyla kullanır mısınız? a) Hayır b) Evet

22. Alternatif tıp yöntemlerini tedavi amacıyla kullanır mısınız? a) Hayır b) Evet  
(Belirtiniz .....

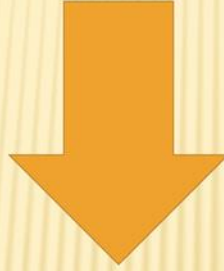
Cevapladığınız için teşekkür ederiz.

#### Ek 4. Hasta Bilgilendirme formu

### LÜTFEN DİKKAT EDİN !

- Hekiminizin önerdiği ilaçları uygun doz ve sürelerde kullanın.
- Reçetesiz / Sağlık çalışanlarına danışmadan ilaç alıp kullanmayın.
- Size önerilen ilaçları hekiminize danışmadan yarım bırakmayın.
- Kendinizi rahatsız hissettiğinizde antibiyotik alıp kullanmayın.
- Hekiminize antibiyotik yazması konusunda ısrarcı olmayın.

### ÇÜNKÜ



- Sizin için uygun olmayan bir ilaç kullanıyor olabilirsiniz.
- Kullandığınız ilaçlar hastalığınızın tekrarına, uzamasına veya şiddetlenmesine neden olabilir.
- İlaç etkileşimine veya ilaç yan etkilerine maruz kalabilirsiniz.
- Özellikle uygunsuz antibiyotik kullanımı direnç gelişimine neden olabilir.