

T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HALK SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

138447

**BİLİNÇSİZ VE REÇETESİZ İLAÇ KULLANIMI İLE SAĞLIK
SORUMLULUĞU ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Zeynep GÜNGÖRMÜŞ

Tez Yöneticisi

Yrd. Doç. Dr. Ayşe SAYAN

Yüksek Lisans Tezi

Erzurum-2001

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA TUTANAĞI

Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Öğrencilerinden Zeynep GÜNGÖRMÜŞ'ün "Tez Savunma Sınavı" nı yapmak üzere, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun 16.11.2001 gün ve "2001.10.4.b" nolu Kararı ile oluşturulan Jürimiz adı geçen öğrencinin Yrd.Doç.Dr. Ayşe SAYAN yönetiminde hazırlamış olduğu "Bilinçsiz ve Reçetesiz İlaç Kullanımı İle Sağlık Sorumluluğu Arasındaki İlişki" konulu "Tez"i incelemiş ve aday 05.12.2001 günü saat 10.00-12.00 arasında "Tez Savunma Sınavı"na tabii tutulmuştur. Sınav sonunda adayın ..~~Başarılı~~..... olduğuna ve Tezinin ~~Kabulüne~~ oy birliği ile karar verilmiştir.

Doç.Dr.Sebahat GÖZÜM
Halk Sağlığı Hemş.ABD Bşk

Yrd.Doç.Dr.Duygu ARİKAN
Çocuk Sağlığı Hast. ABD Öğrt.Üy.

Yrd.Doç.Dr.Serhat VANCELIK
Halk Sağlığı Hemş.ABD Öğrt.Üy.

Prof.Dr. asuman GÜRAKSIN(Yedek)
Halk Sağlığı ABD Başk.

Yrd.Doç.Dr. Behice ERCİ
Halk Sağl.Hemş. ABD Öğrt.Üy.

Yrd.Doç.Dr. Ayşe SAYAN
Halk Sağlığı Hemş.ABD Öğrt.Üy.

Yrd.Doç.Dr. Mehtap TAN(Yedek)
İç Hast. Hemş. ABD Öğrt.Üy.

138447

TC YEREL YEREL YEREL
DOKÜMANASYON BÜRO

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

ÖZET.....	III
SUMMARY.....	V
GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER... ..	4
2.1.Sağlıkla İlgili Davranışlar ve Sağlık Sorumluluğu.....	4
2.2. İlaç ve İlaç Kullanım İlkeleri.....	8
2.3. İlaçların İstenmeyen Olumsuz Etkileri	9
2.4. Bilinçsiz ve Reçetesiz Olarak En Fazla Tüketilen İlaçlar ve Bu Tür İlaçların Yan Etkileri veya İstenmeyen Sonuçları.....	10
2.5. Bilinçsiz ve Reçetesiz İlaç Kullanma Probleminin Toplumsal Boyutu	16
MATERYAL VE METOD.....	21
3.1. Araştırmanın Şekli.....	21
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	21
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	21
3.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Araç ve Gereçler.....	22
3.4.1. Sağlık Sorumluluğu Ölçeği.....	22
3.4.2. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerini Belirleyen Anket Soruları.....	23
3.4.3. İlaç Kullanım İlkeleri, Bilinçsiz ve Reçetesiz İlaç Tüketimi ile İlgili Sorular.....	23
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	24
BULGULAR.....	25
4.1. Bireylere Ait Tanıtıcı Bulgular.....	25

4.2. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlık Sorumluluğu

Düzeyleri.....26

4.3. Bireylerin İlaç Kullanım İlkeleri ile İlgili Davranışları ve Reçetesiz İlaç

Kullanımına Göre Sağlık Sorumluluğu Düzeyi.....30

4.4. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre İlaç Kullanımı İlkeleri ile

İlgili Davranışlara Ait Bulgular.....31

4.5. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Reçetesiz İlaç Kullanım

Durumları.....40

TARTIŞMA.....44

5.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlık Sorumluluğu Düzeyine

İlişkin Bulguların İncelenmesi.....44

5.2. Bireylerin, İlaç Kullanım İlkeleri ile İlgili Davranışları ve Reçetesiz İlaç

Kullanımına Göre Sağlık Sorumluluğu Düzeylerinin İncelenmesi.....47

5.3. Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile İlaç Kullanım İlkeleri ve Reçetesiz İlaç

Kullanımı ile İlgili Davranışlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi.....48

5.4. Reçetesiz İlaç Kullanımı ile İlgili Bulguların İncelenmesi.....55

SONUÇ VE ÖNERİLER.....60

KAYNAKLAR.....65

EKLER (Sağlık Sorumluluğu Ölçeği ve Anket Formu).....71

ÖZET

Bu araştırma bireylerin bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanımı ile sağlık sorumluluğu düzeylerini belirlemek, bunların birbirleriyle olan ilişkilerini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte olarak planlanmış ve yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini Erzurum il sınırları içerisinde bulunan Yenişehir Sağlık Ocağının hizmet verdiği bölgede ikamet eden 50.000 kişi oluşturmuştur.

Araştırma evrenini oluşturan 50 bin kişiden Yamane tarafından geliştirilen ve İdil tarafından Türkçe'ye uyarlanan ($\alpha=0.05$ için) Minimum Örnek Büyüklüğü esas alınarak 397 kişi örnekleme oluşturmuştur. Bu 397 kişi Yenişehir sağlık ocağının hizmet verdiği 7 mahalleye bölünerek her birinden alınması gereken örnek büyüklüğü 59 olarak saptanmıştır. Her bir mahalleye düşen örnek büyüklüğünü tam sayıya ulaştırmak için, alınması gereken kişi sayısı 60'a çıkarılmıştır. Daha sonra rastgele seçilen evlerden bir birey araştırmaya alınarak, birey sayısı 420 ye ulaşıncaya kadar anket uygulanmıştır. Daha sonra cevaplama hataları ve yanlış verilerden dolayı 9 anket formu çıkarılarak 411 kişinin anket formu değerlendirilmiştir.

Bireylerin tanıtıcı özellikleri ve sağlık sorumluluğu düzeyleri belirlenerek, bu bireylerin ilaç kullanım ilkelerine uyma ve reçetesiz ilaç kullanımı ile ilgili davranışların saptanabilmesine yönelik sorulara yer verilerek, elde edilen veriler; korelasyon, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ileri analizde Duncan, Student t-test, Ki-kare testi, yüzde dağılımları ile analiz edilmiştir.

Çalışmada, bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyinin düşük olduğu ve yaş, eğitim, medeni durum, hayatın büyük bölümünün geçtiği yer, meslek gurupları gibi tanıtıcı özelliklerinin sağlık sorumluluğu düzeyleri üzerine etkili olduğu saptanmıştır.

Bireylerin %68'inin reçetesiz ilaç kullandıkları ve reçetesiz olarak en fazla ağrı kesici-ateş düşürücü aldıkları belirlenmiştir.

IV

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlar ve reçetesiz ilaç kullanımına göre sağlık sorumluluğu düzeyi incelendiğinde; bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyinin, ilacı zamanında eczaneden alma, önerilen sıklıkta, dozda ve sürede alma, açlık-tokluk ilkesine uyma, son kullanım tarihlerine dikkat etme, başkalarından ilaç alma ve başkalarına ilaç verme ve eczaneden reçetesiz ilaç alma gibi parametreler üzerine önemli bir etkisinin olduğu saptanmıştır.

İlaç kullanım ilkelerine uyma ve reçetesiz ilaç kullanımını etkileyen en önemli faktörün eğitim durumu olduğu; ayrıca cinsiyet, yaş, medeni durum, kronik hastalığın olup olmaması ve gelir durumunun reçetesiz ilaç kullanımı üzerine önemli bir etkisi olduğu saptanmıştır.

Sonuç olarak, bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyi ve tanıtıcı özellikler ile bilinçsiz ve özellikle reçetesiz ilaç kullanımı arasında önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

SUMMARY

This study has been planned and performed as descriptive to determine the insensible and nonprescribed drug using of individuals, their health responsibility levels and to examine the relations between them.

The research involved 50.000 people getting health service from Yenisehir Health Center in Erzurum. 397 subjects were selected among them, based on The Minimum Sample Size, developed by Yamane and adapted into Turkish by İdil. These 397 people were divided up into 7 neighborhoods so the number of subjects from each part was 59. To make it whole number it was raised to 60. Then, one individual from each randomly chosen house was included in the study and the questionnaire was applied until the number of subjects reached 420. Later, because of misreplying and incorrect data 9 of the questionnaire forms were eliminated and 411 of them evaluated.

The questionnaire form included questions about the sociodemographic features, the health responsibility of the persons, their drug using principles and nonprescribed drug using. Data were analyzed by correlation, the one-way variance analysis (ANOVA), and chi-square test, Student t-test percentage distribution and Duncan test.

In the present study, it was determined that health responsibility levels of persons were low, and the descriptive features such as age, education, marital status, the places where they spent an important part of their lives and profession groups all effected health responsibility level.

It was determined that 68 % of persons used nonprescribed drugs, and the drugs mostly taken without a prescription were analgesic and antipyretic drugs.

When the health responsibility level was examined according to behaviors related to drug using principles; the health responsibility level of persons had an important effect on parameters such as taking the drug from pharmacy in time, using frequency, dose and

period proposed, fitting to hunger-full up principle, paying attention to the deadline, taking drug from others, giving drug to others and nonprescribed drug taking from pharmacy.

However, it was determined that educational status was the most important factor affecting drug using, and sex, age, marital status, having or not having a chronic disease and income status had also a important effects on nonprescribed drug using.

Consequently, it was determined that there had an important relation between unconscious and specially nonprescribed drug using with the health responsibility level and the sociodemographhic features of persons.



GİRİŞ

Bilinçsiz ve reçetesiz ilaç tüketimi, dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde de önemli bir toplumsal problemdir. Dünya Sağlık Örgütü' nün yönettiği son çalışmalar, ilaçların kötü kullanımı sorununun büyük boyutlara ulaştığını göstermektedir. Günümüzde sebebi tam olarak anlaşılmamış olmakla birlikte, gerek ABD ve gerekse diğer gelişmiş ülkelerde bir çok kişinin çeşitli ilaçları bilinçsiz bir şekilde kullandığı bilinmektedir.¹⁻³

Bu konunun dünyada olduğu gibi ülkemizde de önem taşımaya başladığı birkaç ilde yapılan araştırmalarla saptanmıştır. 1988 yılında İstanbul'da yapılan bir araştırmada, reçetesiz ilaç alımının %55.1 olduğu ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar eski veriler ile karşılaştırıldığında, kendi kendine ilaç ile sağaltım konusunda yeterli önlemlerin alınmadığı ortaya çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü' nün yönettiği bir araştırmada, reçetesiz ilaç kullanımının reçeteli ilaç kullanımını ½ oranında aştığı belirlenmiştir. Asya'da yapılan bir çalışmada, reçete ile verilmesi gereken bir grup ilacın %80 oranında reçetesiz olarak eczane önerisi ile verildiği, ancak %20 eczanenin hekim reçetesi olmayan ilacı vermediği saptanmıştır. Üstelik araştırma kapsamına alınan eczanelerde, bu önerinin sadece eczacı tarafından değil, büyük çoğunlukta kalfalar tarafından da yapıldığı ortaya konulmuştur. Ancak gelişmiş ülkelerde toplum örgütlülük düzeyi ve eğitimin çok yüksek seviyede olması, bilinçsiz ilaç kullanımını ya da hatalı kullanımın sonuçlarını engellediği belirtilmektedir.³

Ülkemizde en fazla ağrı kesici, antibiyotik ve vitamin gibi ilaçların savurgan ve hatalı bir şekilde tüketildiği ve bununda ülke ekonomisini olumsuz bir şekilde etkilediği belirtilmektedir.³⁻⁸ İlaç İşverenler Sendikası tarafından yapılan bir açıklamaya göre; Türkiye'de yılda 2.5 milyar dolarlık ilaç tüketildiği ve ilaç tüketiminde en yüksek payı % 20.4 ile antibiyotiklerin, %23.2 ile ağrı kesicilerin, %10.2 ile antiromatizmal ilaçların,

%9'nun soğuk algınlığı ve öksürük ilaçlarının, %7.2'sini ise vitaminlerin oluşturduğu saptanmıştır.⁹

Ülkemizde hatalı ilaç kullanılmasının çeşitli nedenleri vardır. Mutlaka hekim denetiminde alınması gereken ilaçlar ülkemizde hekim denetimi dışında da alınmakta ve bu durum gerek bireylerde ve gerekse toplumda önemli sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bizzat hekim tarafından önerilen ve reçetelere yazılan ilaçlarında fazlalığı, bazı toplu ilaç tüketimi olan kurumlarda veya bedeli resmi kurumlarca ödenen reçetelerin parasal dökümlerinden anlaşılmaktadır. Ayrıca son yıllarda evlerde oldukça kabarık sayıda ilaç birikimi ve bu ilaçların pek çoğunun süreli ve mutlaka hekim denetiminde alınmalarının bilinmesi, savurganlığın ve yanlış ilaç tüketiminin hangi boyutlarda olduğunu göstermektedir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi farmakoloji kürsüsünün Ankara'da yaptığı bir çalışmaya göre; evlerde kişi başına 4.2 kutu ilaç bulunduğu bildirilmektedir. Diğer bir deyişle, hemen hemen her evde 20-30 kutu ilacın bulunduğu söylenebilir. İstanbul'da yapılan bir araştırmada 2000 aile incelenmiş ve katılımcıların %70'inin her gün en az bir ilaç kullandıkları bildirilmiştir. Bu da son yıllarda evlerde oldukça kabarık sayıda ilaç birikimi ile savurganlığın ve yanlış ilaç tüketiminin hangi boyutlarda olduğunu göstermektedir.⁴

İlaç üretimi ve tüketimi, yalnız sağlık personelinin değil kamuoyunu da yakından ilgilendiren politik, ekonomik ve bilimsel çok boyutlu bir konu haline gelmiştir. İlaç tüketimindeki savurganlık, 20. yüzyılın ikinci yarısında tüm ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de artış göstermiştir. Ülkemizde 1990 yılında kişi başına 21\$ olan yıllık ilaç harcamasının, 1995 yılında 26\$, 2000 yılında ise 38\$ ulaştığı görülmektedir. Bu oran gelişmiş ülkelere göre az olmasına karşın sürekli bir yükseliş göstermiştir. (Bu rakam Japonya'da 412\$, Mozambik'te ise 2\$'dır).⁹⁻¹¹ Bununla birlikte 1928 yılında yürürlüğe giren 1262 sayılı yasa ile eczanelerden reçetesiz ilaç alımı yasaklanmış olmasına

rağmen, günümüzde rahat bir şekilde eczanelerden reçetesiz ilaç alınabilmektedir. Bu durumun, hem toplum sağlığı hem de ülke ekonomisi üzerine son derece olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Bu konu ile ilgili olarak bir seri önlemler alınmaya başlanmış ve ilaç savurganlığının önlenmesi için 7 Seri No'lu 2001 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı ile 5 kalem olan ilaç sayısı 4 kaleme düşürülmüştür.

Bazı ilaçların mediko-legal sınırlar içinde kullanılması ile bile tolerans, rezistans, yan etkiler hatta ilaç bağımlılığına varan kötü sonuçların ortaya çıktığı, günümüzde kesin olarak bilinmesine karşın, toplum içerisinde bilinçsiz veya reçetesiz ilaç kullanımının doğuracağı sonuçları ve problemleri tahmin etmenin çok zor olmayacağı açık bir gerçektir. Fakat ne yazık ki Türkiye'de, akılcı olmayan ilaç tedavisi örnekleri, iyi planlanmış ve geniş kapsamlı araştırmalarla saptanmış değildir. Oysa bir sorunun çözülebilmesi için öncelikle sorunun iyi tanımlanmış olması gereklidir.

AMAÇ

Bu çalışma, bireylerin bilinçsiz ve reçetesiz ilaç tüketimi ile sağlık sorumluluğu düzeylerini belirlemek, bunların birbirleriyle olan ilişkilerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

ZC. YATIRIM VE TİCARET BAKANLIĞI
DOKÜMANİSTON MERKEZİ

GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlıkla İlgili Davranışlar ve Sağlık Sorumluluğu

Halk sağlığı anlayışı, günümüzdeki çağdaş konumuna gelinceye kadar çeşitli aşamalardan geçerek içeriği son derece geniş bir sahaya kavuşmuştur. Bu anlayış 1978 yılında yayınlanan ve Dünya Sağlık Örgütü'ne üye tüm ülkelerce onaylanmış bulunan “Temel Sağlık Hizmetleri bildirisi” (Alma-Ata Bildirgesi) ile doruk noktasına ulaşmış ve ayrıntılı bir biçimde tanımlanmıştır.¹² Bu bildirgenin ana sosyal hedefi; “Herkes için sağlık” olarak kabul edilmiş, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için ortak görüş ve ortak amaçlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu amaçlardan biriside bireyin sağlığını korumak ve geliştirme potansiyellerini artırmak, sosyal ve ekonomik imkanlar sağlamaktır. 1970’li yıllardan günümüze kadar, bu hedefler gelişme göstermiş ve sağlıklı toplum için;sağlıklı bireyler, sağlıklı bireyler içinde; sağlıklı yaşam biçimi kavram ve olguları ele alınmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi sağlığın korunması ve geliştirilmesi için çaba gösterilmesi gereken süreçleri kapsar.¹³⁻¹⁵

Sağlığın korunması; erken teşhis ile hastalık sürecine girişi önleyici ve erken tedavi ile yetmezlik durumunu sınırlayıcı aktiviteyi ve yetmezlik durumunda var olan kapasiteyi en yüksek düzeye çıkaracak aktiviteleri kapsar.^{14,16}

Sağlığın korunması için son yıllarda yaşam tarzı ve bunun önemi fark edilmiş, sağlık ile ilgili davranışların değiştirilmesi ve iyilik hali için sağlık davranışları teknikleri profesyonel olarak bakım verenlerin yoğun ilgi alanına girmiştir.¹⁷

Sağlığın geliştirilmesini sağlayıcı davranışlarda sürekliliğin olabilmesi için, bilişsel algılama faktörlerinde olumlu gelişimler sağlayacak değişikliklerin olması gerekir.¹³⁻²⁰ Bu faktörler; sağlığın kontrolü, öz-etkililik ve sağlık statüsüdür. Bilişsel algılama faktörleri, modifiye faktörlerden olan yaş, cins, eğitim durumu ve medeni durumdan etkilenmektedir.¹⁸

Bu faktörler sağlığı geliştirme modeli adı altında geliştirilerek, sağlığı geliştiren davranışları etkileyen faktörler iki kısımda incelenmiştir.^{17,19,20}

a) Bilişsel Algılama Faktörleri: Bu faktörler motive edici mekanizmalar olarak da tanımlanabilir ve sağlığı geliştirici davranışların kazanılmasına ve sürekliliğine etki ederler. Sağlığın önemi, sağlık kontrolünü algılama, sağlığın tanımı, sağlığı geliştiren davranışların yararını algılama, sağlığı geliştiren davranışı engelleyen faktörleri algılama bilişsel algılama faktörlerindendir.

b) Modifiye Faktörler: Demografik özellikler, kişiler arası etkileşim, durumsal ve davranışsal faktörler, biyolojik özellikler bireyin sağlığa ilişkin tutum ve davranışlarına ve sağlığı geliştiren davranışa etki eden, bireyin davranışa adaptasyonunu güçlendiren faktörlerdendir.

1. Demografik Özellikler: Yaş, cinsiyet, ırk, etnik köken, eğitim ve gelir düzeyi gibi demografik faktörler sağlığı geliştiren davranışlara etki etmekte ancak bu etki farklı düzeylerde ve dolaylı olmaktadır.

2. Biyolojik Özellikler: Bireyin vücut ağırlığı, boyu, şişman ya da zayıf oluşu sağlığı geliştirici davranışlar üzerinde pek önemli bir etkiye sahip değildir. Yapılan çalışmalarda ağırlık ile egzersiz programlarına katılma arasında negatif bir ilişki olduğu, yine ağırlık (kilo) ile boy'un beslenmeye ilişkin davranışları pek etkilemediği görülmüştür.

3. Kişiler Arası Etkileşim: Bireyin ailesi, arkadaşları veya bireylerle olan işbirliği ve ekip anlayışı içinde çalışmanın etkili olduğu görülmüştür.

4. Durumsal Faktörler: Bireyin içinde yaşadığı çevre veya durumsal faktörler dolaylı modifiye edici faktörlerden olup bireysel kavramaya da dolaylı etki etmektedir. Bu etkileme olayı davranışın kazanılmasında karar vermede rol oynayabilmektedir. Örneğin, yemek menüsündeki yiyeceklere ilişkin (az tuzlu, az yağlı) bilgiler yemek

seçiminin sağlıklı olmasına etkili olabilmektedir.

5. Davranışsal Faktörler: Bireyin geçmiş yaşamındaki sağlığa ilişkin yaşadığı deneyimleri, tercih özellikleri ve beceri kabiliyeti sağlıklı davranışın geliştirilmesine direk etki eder. Örneğin, daha önceden sigara içen ancak akciğer rahatsızlığı geçiren bir kişinin sigarayı bırakması daha kolay ve net sonuç vermektedir. Yine duygusal ve fiziksel durumundaki değişikliklerde davranış değişikliğine yol açar.^{17,19,20} Olumlu sağlık davranışı, bireylerin kendi sağlığını ve başkalarının sağlığını aktif biçimde korumak için bilinçli çabalardan oluşur.¹⁵ Bireyler karşılaşacakları riskler ya da sağlıkla seçenekler konusunda bilgi sahibi olmadıklarından veya değer yargıları, edindikleri bilgiye göre davranış biçimlerini değiştirmeleri için yeterli olmadığından sağlığı bozucu tutum ve davranışlarda bulunabilmektedirler.^{15,21} Sağlıklı bir yaşam için, o yaşamı denetleyip yönlendirebilecek becerilerin (sorunu formüle etme, çözüm bulma, karar verme ve sonra bu kararları uygulama) uyumsuzlukları çözümüleme yeteneğinin, etkin biçimde iletişimde bulunma ve kendi adına aktif müdahalede bulunma kapasitelerinin olması gerekmektedir. Bireylerin sağlık sorunlarını çözümüleme yeteneği ve aktif müdahalelerde bulunma kapasitesine sahip olmaları sağlığa ilişkin sorumluluklar üstlenilmesini gerektirir.^{13,22}

Sağlık sorumluluğu; bireyin kendi sağlığıyla ilgili olarak koruyucu davranışlar, önleyici davranışlar ve sağlığı geliştirici davranışlar ile ilgili olarak tutum ve davranış değişikliği göstermesi anlamına gelmektedir. Sağlık sorumluluğu bireyin kendi sağlık bakım kalitesine etki eder ve sağlığına ne düzeyde katıldığını belirler.

Bireyin sağlığına ilişkin alabileceği sorumluluk düzeyi;

-Vücudunu ve kendini tanıması, sağlık ile ilgili değişiklikler ve sapmalar olduğunda bir hekime veya sağlık kuruluşuna müracaat etmesi,

-Düzenli aralıklarla tıbbi tetkikler yaptırması, tıbbi kontrollerinin sıklık ve

düzenine özen göstermesi,

-Sağlıkla ilgili konularda kendini yenilemesi,

-Sağlıkla ilgili tartışmalara girmesi,

-Sağlıkla ilgili yayınları takip etmesi,

-Sağlığını izlemesi, iyiliğini hissetmesi,

-Basit sapmalar (sağlıkla ilgili değişiklikler) olduğunda dahi gerekli önlemleri alması, ile belirlenir. Yukarıdaki tutum ve davranışların yerine getirilmesi, bireyin sağlığına önem verdiğini, bireysel çaba sarf ettiğini gösterir.^{18,19,23,24}

Farrand ve Cox,²⁵ olumlu sağlık davranışlarının demografik unsurlardan, sağlık deneyimlerinden, aile yapısından etkilendiğini, birey ve profesyonel arasında ilişkinin ve etkin desteğin de en az sağlık bilgisi ve beceri kapasitesi kadar önemli olduğunu belirtmişlerdir.

Yapılan bir çalışmada, sosyoekonomik faktörler ile sağlık davranışları arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve eğitim ve gelir seviyesi düşük olan bireylerin daha fazla riskli sağlık davranışlarına sahip oldukları (sigara içme, alkol kullanma, aşırı kilo, aile planlaması, çevredeki zararlı ajanlar ve stresörler, yaralanmalar, kimyasal madde bağımlılığı, seksüel geçişli hastalıklar; sifiliz, gonore ve AIDS vs) yüksek olanların ise bu konuda daha hassas davrandıkları tespit edilmiştir.²⁶

Yine yapılan bir çok çalışmada bireylerin demografik özellikleri ile sağlıklı davranışlar arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu çalışmalarda özellikle cinsiyet, yaş, meslek ve eğitim durumu gibi sosyodemografik özellikler ile sağlık sorumluluğu arasında önemli bir ilişki olduğu ve hatta bireylerin daha önce almış oldukları eğitim ve anne ve babalarının eğitim seviyelerinin bu davranışlar üzerine önemli bir etkisi olduğu tespit edilmiştir.^{18,25,27,28}

2.2. İlaç ve İlaç Kullanım İlkeleri

İlaç; tıpta kullanılan ve biyolojik etkinliği olan saf bir kimyasal maddeyi yada ona eş değer olan bitkisel veya hayvansal kaynaklı, standart miktarda aktif madde içeren bir karışımı ifade eder. Dünya Sağlık Örgütü ise ilacı; fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, alanın yararı için değiştirmek veya incelemek amacı ile kullanılan veya kullanılması için öngörülen bir madde veya ürün olarak tanımlar.²⁹

İlaçlarla yapılacak tedavinin etkinliği bu kullanım ilkelerine uyulmasına bağlıdır. Bu ilkeler bilindiği gibi doğru ilaç, doğru zaman, doğru yol, doğru kişi, doğru dozdur.³⁰

İlaçların etkili olabilmeleri için vücuttaki etki yerinde, belirli bir konsantrasyona ulaşmaları gerekmektedir. Konsantrasyon, bu değer altına düştüğünde etki ortadan kalkar. Etki yerinde ki konsantrasyon, belirli bir sınıra eriştiğinde, etki maksimuma erişir. Konsantrasyonun bu sınırın üzerine çıkması, etkinin daha fazla artmasına neden olmaz. İlacın etki şiddeti, etki yerinde ki konsantrasyonu ile orantılıdır. Bu nedenle doz ayarlaması, bir ilacın etkili olmasında en önemli faktörlerden birisidir.²⁹

İlacın dozu kadar alınış saatleri ve ilacın önerilen sürede bitirilmesi ilaç kullanımında önemli durumlardan birisidir. İlaç dozları ve alışı saatleri, ilacın kan düzeyini belirli seviyede tutmak ve bu düzeyde süreklilik sağlamak içindir. Doz azaltılır veya alınış saatlerine dikkat edilmez ise; kanda ki ilaç düzeyi etkisiz değerlere düşer, tedavi başarısız olur ve gereksiz ilaç yan etkilerine maruz kalınabilir. Fazla veya sık alınması durumunda ise zehirlenmeler ortaya çıkabilir.³⁰

Bazı ilaçlar besinlerle etkileştiğinden ve bu nedenle de emilimleri azaldığından dolayı bu tür ilaçlar yemekten en az 1 saat önce veya 2 saat sonra alınmalıdır. Çünkü emilemeyen bir ilacın, etki gösteremeyeceği açıktır. Buna karşılık tok karnına alınması gereken ilaçlar, muhtemelen mide asidinden etkilenen bir ilaçtır ve aç karnına alındığında etkisi azalabilecektir. Aynı zamanda bazı ilaçların tok karnına alınması,

ilacın midedeki tahriş edici etkisini azaltacaktır.

Rasyonel ilaç kullanımında, değişik önem düzeylerine ve yükümlülöklere sahip olan, çeşitli elemanlardan biri olan hastanın tedaviye uyumu, yani reçete edilen ilaçları tavsiye edilen dozda, zamanda, sürede ve uyarılara uygun şekilde kullanması tedavinin başarısını doğrudan etkilemektedir. Bu faktörlerin atlanması rasyonel tedavi ile ilgili olarak diğer açılardan gösterilen çabaların verimliliğini ileri derecede düşürebilir.^{10,30}

2.3. İlaçların İstenmeyen Olumsuz Etkileri

Tolerans; İlacın aşırı derecede tüketilmesi, ilaca bağılı istenmeyen yan etkileri de doğal olarak beraberinde getirecektir.³ Bazı ilaçlar uzun süre, devamlı kullanıldıkları zaman, başlangıçtaki dozun etki şiddetinin giderek azaldığı ve etki süresinin kısaldığı görülür. Aynı tesiri idame ettirmek için dozu giderek arttırmak gerekir. Bu duruma tolerans adı verilir. Burada önemli bir durumda eğer bir kişi aynı farmakolojik grupta olan bir ilaca tolerans kazanmışsa, çapraz tolerans ismi verilen ve bu farmakolojik gruptaki diğer ilaçlara karşıda tolerans gelişmektedir. Tolerans kazanan kimsede ilaç kesilirse, ilacın vücuttan tamamen eliminasyonunun ardından tolerans hali kısa zamanda kaybolur. Kişi başlangıçtaki duyarlılığını kazanır; böyle bir kişiye tolerans halindeyken aldığı dozda ilaç verilirse, ciddi toksik belirtiler ve ölüm meydana gelebilir.²⁹

İlaç suistimali; ilaçların tıbbi endikasyon dışında kullanılması ve özellikle hekimin gerek göstermediği durumlarda, kişinin kendi inisiyatifi ile veya yetkisiz kişilerin tavsiyesi üzerine kullanılması ilaç suistimali veya tıbbi olmayan ilaç kullanılışı diye adlandırılır. Bu ilaç suistimalinin geniş anlamda ki tanımıdır. Bu tanıma göre, bütün ilaçlar için suistimal söz konusudur. Böylece antibiyotiklerin, vitaminlerin, antiasit ilaçların, diüretik ilaçların ve diğer bir çok ilacın suistimalinden söz edilebilir. Aynı zamanda kullanılan her hangi bir ilacın antagonist veya sinerjist etkisi de söz konusu olabilir. Yani kullanılan bir ilaç başka bir ilacın etkisini önleyebilir veya

azaltabilir (antagonizma) veya bunun aksine ilacın etkisini artırabilir.²⁹

Rezistans; Duyarlılık testi yapılmadan veya yetersiz dozda uzun süre kullanılan bir antibiyotik rezistans gelişmesine, diğer grup ilaçlar ise tolerans gelişmesine yol açar. Herhangi bir antibiyotikten daha önce etkilenen bir mikroorganizmanın tekrarlanan dozlar nedeniyle artık etkilenmemesi durumuna rezistans adı verilir.²⁹⁻³¹ Bakteriyel rezistans çok fazla insanı etkilediği için, rezistans global bir konu olarak büyümektedir ve büyük bir halk sağlığı tehdidi oluşturmaktadır.^{31,32} Bir kemoterapötik çeşidine karşı duyarlılığını kaybeden bakteri türü, buna yakın kimyasal yapıda olan veya farklı yapıda fakat benzer etki mekanizmasına sahip bulunan, diğer bir kemoterapötığe de rezistans kazanabilir. Bu olaya çapraz rezistans denilir.²⁹ Bir diğer ilaç etkileşimi olan tolerans; da benzer şekilde ilacın ilk dozundaki etkiyi zamanla göstermemesi durumudur.^{29,30,32}

2.4. Bilinçsiz ve reçetesiz olarak en fazla tüketilen ilaçlar ve bu tür ilaçların yan etkileri veya istenmeyen sonuçları:

Antibiyotik türü ilaçların yan etkileri ve istenmeyen sonuçları; Günümüzde dünyada ve ülkemizde bilinçsiz kullanılan bir çok antibiyotiğe karşı rezistans gelişmiş ve bu nedenle bir çok antibiyotik kullanılmaz hale gelmiştir. Bu durum, hem yapılan tedavilerin başarısız olmasına hem de sürekli yeni ve pahalı araştırmalar pahasına yeni ve pahalı antibiyotiklerin tedaviye girmesini gerektirir ki, buda ülke ve hasta ekonomisine son derece büyük yükler getirmektedir.^{30,32}

Günümüzde artık tedavi hataları ve ilaç kullanım hatalarına bağlı olarak makrolid, metronidazol, amoxisilin gibi antimikrobiale ajanlara karşı bir çok mikroorganizmada rezistans geliştiği belirtilmektedir.³²

Son yirmi yıl içinde, toplum içinde ve özellikle kurumlarda antibiyotik kullanımı giderek artmıştır. Daha önce yapılan bir çalışmada, üst solunum yolu enfeksiyonu veya akut bronşit nedeniyle hekime baş vuran hastaların % 50'sinden fazlasına bir antibiyotik

verildiği belirlenmiştir. Ne yazık ki bu reçetelerin % 50'sinden fazlası viral enfeksiyonlar için yazılmıştır. Aşırı antibiyotik tedavisi bakteriyel direncin gelişmesine neden olmaktadır. Son birkaç yıl içinde *Streptococcus pneumoniae*'nin penisilin direnci % 300 artarken, sefotaksim direnci %1000' e çıkmıştır. Antibiyotik direnciyle ilişkili maliyette şaşırtıcıdır. Amerikan Enfeksiyon Hastalıkları Vakfı'nın tahminlerine göre; antibiyotiğe dirençli enfeksiyonların tedavisinin maliyeti yılda 4 milyar doları geçmektedir.³³

Yapılan araştırmalarda ilaca dirençli *Streptococcus pneumoniae* suşlarının toplum içinde yaygınlaştığı ve bu durumun günümüzde hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde önemli bir toplum sağlığı sorunu haline geldiği belirtilmektedir. Bu nedenle ilaca dirençli mikroorganizmaların kontrol altına alınabilmesi için, klinisyenlere ve halka yönelik toplum çapında eğitim programlarının oluşturulması önem arz etmektedir. Ayrıca toplum içinde dirençli bakterilerin insandan insana geçişinin sınırlandırılmasının mümkün olmadığı belirtilmektedir.³⁴

Bir antibiyotiğe rezistans gelişmesi bazı sakıncaları da beraberinde getirmektedir. Bu sakıncalardan başlıcaları şunlardır:

I-Mutad ilaçlarla yapılan tedavinin başarısız kalması, bu durum hastaneye yatırma zorunluluğu ve orada kalış süresini artırır. Ayrıca mortaliteyi de artırır.

II-Mutad doz etkili olmadığı için dozun artırılmasına ve tedavi süresinin uzamasına neden olur; sonuçta hastada yan tesir olasılığı artar ve tedavinin parasal maliyeti yükselir.

III-Henüz rezistans oluşmamış, pahalı ve bazen de daha toksik olan yeni ilaçların kullanılmasını veya kombine ilaç kullanılmasını gerektirir; bu tedavinin maliyetini artırır.²⁹

Daha önce yapılan çalışmalarda, antibiyotik direncine ilişkin epidemiyolojik

modellerde sadece, toplumun antibiyotik kullanan bölümüne ait antibiyotiğe maruz kalma olgusu dikkate alınmıştır. Ne yazık ki bu çalışmalarda elde edilen sonuçlar, çalışmalarda ayrıca günlük dozaj, tedavi süresi ve henüz kesin olarak belirlenememiş olmasına karşın, günlük doz sayısının da göz önünde bulundurulmasının gerekli olduğunu ortaya koymaktadır.²⁹

Burada önemli konulardan biriside belirli bir bakterinin rezistans suşlarının sıklığının ülkeden ülkeye veya aynı ülkenin bölgeleri arasında ya da aynı bölgede hastaneler ve hastane dışı yerler arasında değişiklik göstermesidir. Kemoterapötiklerin yoğun kullanıldığı hastaneler ve gelişi güzel kullanıldığı gelişmekte olan ülkeler, rezistans suşların cennetidir. Çeşitli ülkelerde yapılan incelemeler; bir ülkede veya bölgede kullanılan kemoterapötik miktarı ile rezistans sıklığı arasında korelasyon olduğunu göstermiştir.^{29,31,32} Günümüzde ulaşım araçlarının hızlı oluşu, yolcu trafiğinin fazlalığı ve yaygınlığı, rezistans bakteri suşunun dünya üzerinde yayılmasını kolaylaştırır. Bunun tipik bir örneği penisilinaz salgılayan (penisiline rezistan) *N. Gonorrhoeae*'dir. Bu bakterinin rezistan suşları ilk olarak 1976'da Güneydoğu Asya'da (Tayland, Vietnam ve çevresinde) görülmüş ve kısa zamanda Singapur üstünden A.B.D. ve İngiltere'ye geçmiş ve 1982'de 40'tan fazla ülkeye yayıldığı saptanmıştır. 1980'lerde *Streptococcus pneumoniae*'de pandemik bir düzeyde rezistans gelişmiş ve buna bağlı pnömoni ve menenjitis tedavisinde başarısızlık artmıştır. Aynı yıllarda tüberküloz New York'ta da epidemi boyutunu almış ve bunun rezistans gelişmesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur.²⁹

Tedavi süresinin kısaltılmasının, antibiyotiklerin bakterilerle temas süresini en aza indirerek direncin oluşmasına yol açan seçtirici baskıyı azalttığı belirtilmektedir. Antimikrobik ilaçların doz ve uygulama süresinin, direnç gelişmesi üzerinde ki seçtirici baskısının anlaşılması, antibiyotik direncindeki artışa karşı savaşıma destek

sağlayacaktır. Daha önemlisi günümüzde özellikle insanlardaki uygun olmayan antibiyotik kullanımının azaltılmasıdır. ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri ve diğer yerel kuruluşlar ve devlet kuruluşları, antibiyotik kullanımının azaltılmasına yönelik çok disiplinli ortak girişimler başlatmışlardır. Kuzey Amerika'da antibiyotik direncinde ki artışın durdurulmasının hem bu girişimlere hem de hekimlerin bireysel çabalarına bağlı olduğu belirtilmektedir.³⁵

Antienflamatuar analjezik grubu ilaçların yan etkileri ve istenmeyen sonuçları; Non-steroidal antiinflamatuar ilaçlar veya kısaca antiinflamatuar analjezikler ilaç bağımlılığı yapmadıklarından ve uyuşukluk ve bilinç bulanıklığı şeklinde nitelenen narkoz hali oluşturmadıklarından ağrılı hastalıkların çoğunda kullanılırlar. Terapötik etkilerine karşı tolerans gelişmemesi, bu grup ilaçların terapötik değerini artırır.³⁶ Bununla birlikte bazı ağrı kesicilerin, karaciğer ve böbrekler üzerine olumsuz etkileri olduğu bilindiği için ibuprofen, naproxen sodyum, ketoprofen gibi ağrı kesicilerin çok küçük dozlarda kullanılması ve analjeziklerin kombine edilerek kullanılmamasının gerekli olduğu belirtilmektedir. İbuprofen, naproxen sodyum, ketoprofen gibi (NSAI) ilaçlar böbreklerde kan akımına yardım eden prostoglandinlerin formasyonunu inhibe eder. Yani prostoglandinler olmadan böbrekler etkili bir şekilde işlev göremez. Bu nedenle kronik NSAI ilaçların kullanımı böbreklerin daha fazla çalışmasına yol açarak böbrek bozuklukları veya deformitelerine yol açabilir. Bu ilaçların basit ağrılı durumlarda kullanılması önemli bir probleme neden olmazken günde 6-8 tablet alınması böbrekler için büyük bir tehlike oluşturmaktadır.³⁷ Böbrek problemleri daha önemli olmasına rağmen aspirin, naproksen sodyum, ibuprofen, ketoprofenin en yaygın yan etkisi gastroentestinal sistem üzerinedir. NSAI ilaçları kullanan bireylerin %60 kadarında ülser, kanama ve diğer GIS komplikasyonların gelişme riski vardır. Yapılan çalışmalarda, son bir hafta içerisinde NSAI ilaçları kullanan bireylerde bu ilaçları

kullanmayanlara nazaran, 3 kat daha fazla GIS kanama riskine sahip oldukları belirlenmiştir.³⁷ Salisilatlar yani aspirin ve diğer antiinflamatuvar analjezikler başta midenin ki olmak üzere, gastrointestinal mukozayı tahriş ederler ve çeşitli lezyonlara neden olurlar. Mide mukozasından epitel dökülmesi ve yüzeysel peteşiler yaparlar ve mideden gizli kan kaybını artırır. Ufak dozda alınan aspirinin bile mideden gizli kanamalara neden olduğu saptanmıştır. Bu ilaçların yemeklerle alınması ve bol su ile alınması mide tahrişlerini azaltır.³⁶

Bu nedenlerden dolayı herhangi bir allerjik durumun olmasında veya bir bireyin allerjik bir bünyeye sahip olması durumunda yada astım, ülser veya diğer kalıcı veya geçici GIS problemleri var ise, kanamaya meyil veya kanama problemleri varsa; aspirin veya diğer NSAI ilaçların kullanılmaması, tavsiye edilen dozun üzerine çıkılmaması, özellikle bu ilaçların diğer analjeziklerle kombine edilmemesi ve bu ilaçların 10 günden daha fazla kullanılmaması önemle vurgulanmaktadır.³⁷⁻⁴⁰

ABD’de yılda ortalama 106.000 öldürücü zıt ilaç reaksiyonları meydana gelmektedir. Özellikle yaşlı hastaların bir çok sebepten dolayı zıt ilaç reaksiyonlarından zarar gördükleri belirtilmektedir. Yaşlanma ile renal ve hepatic fonksiyonların azalmasından dolayı yaşlılar daha genç bireyler kadar etkili bir şekilde ilaçları elimine ve metabolize edemezler. Sonuç olarak yaşlı hastalar ilaçların bütün dozlarını tolere edemezler. 65- 75 yaşında ki bireyler bazı ilaçlara 75-85 yaşındakilere göre daha farklı reaksiyon gösterirler. 85 yaş veya daha büyükler ilaçlara daha sensitivdirler ve yakın takip altında bulundurulmalıdırlar. Yaşlı hastalar günde ortalama 4.5 reçeteli ilaç ve 2 reçetesiz ilaç alırlar. Birden fazla rahatsızlıklar için birden fazla ilaç alınması uygun olabilir, fakat bu durumda ilaç-ilac reaksiyonlarının yaygın olabileceği unutulmamalıdır.⁴¹

İtalya’da yapılan ilaç reaksiyonları ile ilgili geniş kapsamlı bir çalışmada,

hastaların kullandıkları antimikrobik ve non-steroidal antienflammatuar (NSAI) ve analjeziklere karşı çeşitli ilaç reaksiyonlarının geliştiği ve bu reaksiyonların % 17'nin şiddetli reaksiyonlar olduğu ve bazen hayatı tehdit eden durumların ortaya çıktığı rapor edilmektedir. Bu reaksiyonların daha fazla antimikrobik ve NSAI gibi ilaçlara karşı geliştiği ifade edilmektedir. Bununla birlikte aspirin ve dipirona karşı diğer NSAI ilaçlardan daha fazla ilaç reaksiyonu geliştiği belirtilmektedir. Antimikrobik kaynaklı ilaç reaksiyonlarının başta kotrimaksazol olmak kaydı ile sefalosporinler, penisilinler ve makrolid gibi antibiyotiklerle ilintili olduğu ifade edilmektedir. Antimikrobik, NSAI ve diğer analjezik ilaçlara karşı, en fazla ekzama geliştiği, bunun yanında anjioödem, eritema multiforme, fotosensivite reaksiyonları, Stevens-Jhanson sendromu ve bullosa gibi ciddi reaksiyonlarında meydana geldiği belirtilmektedir.⁴² Ayrıca NSAI ilaçların 65 yaşında ki bireylerin yaklaşık %60'ında akut renal problem riskini artırdığı belirtilmektedir.⁴³

Vitaminler: Halk arasında yaygın olarak C vitaminin soğuk algınlığı ve nezleyi önlediğine inanılmaktadır; oysa yapılan araştırmalara göre C vitaminin bu rahatsızlıklar üzerine dikkate değer bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Bununla birlikte dengeli ve yeterli beslenen bireylerin vitamin ve mineral suplemantasyonuna ihtiyaçları yoktur. Yağda eriyen A ve D vitaminleri kadar suda eriyen piridoksinin (B-6 vitamini) megadozlarında karşılaşılan toksik etkiler artık çok iyi bilinmektedir.⁴⁴

Sağlık ekibinin hastalarda gözlemleyebileceği ilaç etkileşimleri, çoğunlukla beklenmeyen reaksiyonlardır. İlaç etkileşimleri, hastanın yaşamını tehdit edebilecek kadar ciddi boyutlara ulaşabilir. İlaçlar arasında ki olumlu ve olumsuz etkileşimlerin bilinmesi, istenmeyen sonuçların ortaya çıkmasını önlemede önem taşımaktadır. Olası ilaç etkileşimlerini tanımak ve önlemek sadece hemşirelerin sorumluluğu değildir. Sağlık ekibinin bu konuda eşit sorumlulukları vardır. Hekim, eczacı ve hastaya bakım

veren sağlık ekibinin diğer uyleri bu sorumluluklari hemşireyle birlikte paylaşirlar. Hastayi ozellikle istenmeyen ilaç etkileşimlerinden korumak için sağlık ekibi uylerinin kendi aralarinda ve hastayla iyi bir iletişim içinde olmaları gerekir. Hekim, hemşire ve eczacının birbiriyle bilgi alişverişinde bulunması son derece önemlidir.⁴⁵

2.5. Bilinçsiz ve Reçetesiz İlaç kullanma Probleminin Toplumsal Boyutu

Bilinçsiz ve reçetesiz ilaç tüketimi dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde de önemli bir toplumsal problemdir. Günümüzde sebebi iyi olarak anlaşılmamış olmakla birlikte, ekonomisi güçlü, teknolojisi son derece ileri olan ve toplum sağlığı konusunda daha hassas davranan ABD ve diğer gelişmiş ülkelerde dahi bu tür problemlerin olduğu ve reçeteli ilaçların reçetesiz bir şekilde illegal yollardan satılabildiği ve bu ilaçların rahat bir şekilde satın alınabildiği ve bilinçsiz bir şekilde kullanıldığı bilinmektedir.^{1,2} Yine DSÖ yönettiği son çalışmalarda ilaçların kötü kullanımı sorununun büyük boyutlara ulaştığı görülmektedir.³ Bilinçsiz veya reçetesiz ilaç kullanımı, hem bu ilaçlara bağlı olarak ortaya çıkabilecek muhtemel istenmeyen etkilerden hem de tıbbi tedavinin gecikmesinden dolayı, bu ilaçları bu şekilde alan ve kullanan bireylerin sağlığını tehlikeye sokabilir. Bununla birlikte lisanssız bir birey tarafından tavsiye edilen ilaç uygun olsa bile, satıcı ilacın uygulanması gerek dozu ve süreyi, ayrıca ilacın yan etkilerini, diğer ilaçlar ile kombinasyonu sonucu doğabilecek potansiyel tehlikeleri muhtemelen bilmiyordur. Örneğin Meksika aspirini olarak da bilinen ve ağrı kesici olarak ABD’de yaygın olarak kullanılan dipiron’un aguranulositoz ve kemik iliği üzerine toksik etkisi olması nedeniyle bu ilacın satışı 1977’de ABD’de daha sonrada en az 21 ülkede de yasaklanmıştır. Bundan dolayı bu ilaçların satışı ve alımı halen illegal yollardan devam etmektedir. Bu nedenlerden dolayı illegal ilaç satışının durdurulması ve tehlikelerinin anlatılması için bu konuda halk eğitim programları başlatılmıştır.^{1,2}

Bununla birlikte sağlık sigortası sistemlerindeki yetersizlik, uygunsuz tedavi

yardımları ve geri ödeme koşulları tüm dünyada akılcı olmayan reçete yazma nedenleri arasında sayılmaktadır. Akılcı olmayan ilaç tedavisi; hastalığın tedavisinde yetersiz kalınması, istenmeyen etki riskinde artış, ilaç etkileşimleri olasılığında artış, gereksiz tedavi maliyeti ve ekonomik zararlar şeklinde olumsuz sonuçlara neden olmaktadır. Birey düzeyinde sözü edilen ekonomik zararların boyutu toplumsal düzeyde iş gücü kaybı ve gereksiz tedavi maliyetleri açısından çok büyüktür. Ayrıca akılcı olmayan tedavilerin toplum sağlığı açısından da zararlı sonuçları olabileceği göz ardı edilmemelidir. Örneğin enfeksiyon hastalıklarının yetersiz tedavisi sonucu dirençli mikroorganizmaların üremesi ve yayılması aynı toplumda yaşayan diğer kişilerin sağlığını da olumsuz yönde etkileyecektir.¹⁰

Mutlaka hekim denetiminde alınması icap eden ilaçlar, ülkemizde hekim denetimi dışında da alınmakta bunun sonucu olarak da gerek bireylerde ve gerekse toplumda önemli sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bizzat hekim tarafından önerilen ve reçetelere yazılan ilaçlarında fazlalığı bazı toplu ilaç tüketimi olan kurumlarda veya bedeli resmi kurumlarca ödenen reçetelerin parasal dökümlerinden anlaşılmaktadır. Ayrıca son yıllarda evlerde oldukça kabarık sayıda ilaç birikimi ve bu ilaçların pek çoğunun süreli ve mutlaka hekim denetiminde alınmalarının bilinmesi, savurganlığın ve yanlış ilaç tüketiminin hangi boyutlarda olduğunu göstermektedir.⁴

Yetersiz dozda, yetersiz süre ile kullanılan, kesin etkili olduğu saptanmadan verilen kemoterapötikler duyarlı olan kökenlerin seleksiyonla ortadan kalkmasına ve dirençli bakteri kökenlerinin toplumda kalarak çoğalmasına yol açarlar. Türkiye’de kemoterapötiklerin yanlış kullanılması yaygın görülen bir olgudur. Yapılan bu yanlışlıklar hekimlerin yaptıkları yanlışlıklar, eczacıların yanlış hareketleri, hükümet otoritelerinin sorumluluğu ve halkın yaptığı yanlış davranışlar olarak sıralanabilir. Bu gruplarda yer alan bireylerin yaptıkları yanlışlıklardan bazıları şunlardır; bir iki gün

kullanılan ilaçtan sonuç alınmaması halinde hemen ilacın değiştirilmesi veya bir iki gün içinde klinik sonuç alındığında veya klinik bulguların ortadan kemoterapötiye son verilmesi, eczacıların ilaçları reçetesiz satmaları, maalesef Türkiye’de hastalar doktor yerine eczaneye baş vuran ve hastalığını tarif eden bireylere eczacılar tarafından antibiyotikler tavsiye edilmekte ve satılmaktadır, halk ise daha çok ekonomik nedenlere ve eğitim eksikliğine bağlı olarak enfeksiyon hastalıkları sırasında hekime gitmeden önce komşu ve akrabalarının artan ilaçlarını düzensiz olarak kullanmakta, aynı kişilerin önerisine uyarak eczanelerden reçetesiz antibiyotik almakta ve ancak sonuç alınmayınca hekime başvurmaktadır.⁴⁶

Ülkemizde halkın sağlık eğitimi yetersizdir ve bunu gidermek için yapılmakta olan çalışmalar, halen nicelik ve nitelik bakımından sorunu çözmekten çok uzaktır. Akılcı olmayan yani irrasyonel reçete yazma gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelerde görülen global bir sorundur. En sık karşılaşılan örnekleri gereksiz yere fazla ilaç yazılması (polifarmasi), tanı ile ilişkisi olmayan ilaç kullanımı, uygunsuz antibiyotik kullanımı, gereksiz pahalı ilaç kullanımı, halkın reçetesiz satılan ilaçlarla kendi kendini uygunsuz tedavisi (uygunsuz self-medikasyon) ve yeni çıkan ilaçlarla aceleci davranılması gibi durumlardır.¹⁰

Türkiye’de geleneksel komşuluk ve akrabalık ilişkileri, kişilerin birbirlerine ilaç tavsiye etmeleri ve müessese hekimine yakınları için kendi üzerinden reçete yazdırma gibi faktörler soruna katkıda bulunmaktadır. Ayrıca yasal olarak reçete ile satılmak zorunda olan ilaçların eczanelerden rahatlıkla eczanelerden alınabilmesi akılcı olmayan ilaç tedavisinin önemli nedenlerinden biridir. Bununla birlikte gerek hekimlerin düzenlediği ilaç tedavisinin başarısında gerekse reçetesiz satılan ilaçların hastalar tarafından akılcı kullanımının yönlendirilmesinde eczacının çok önemli bir rolü vardır.¹⁰

Bir ülkede akılcı olmayan ilaç kullanımının ortaya çıkarılması ve daha sonra da

alınan önlemlerin sonuçlarının izlenmesi için uluslar arası belirteçler saptanmıştır. INRUD (International Network for Rational Use of Drugs) ve WHO-DAP (WHO Action Program on Essential Drugs) tarafından belirlenen belli başlı ölçüm parametreleri; reçeteleme belirteçleri, hasta bakımı belirteçleri, sağlık kurum veya kuruluşu belirteçleri başlıkları altında özetlenebilir.¹⁰

Ülkemizde reçetesiz ilaç satışı denetlenmediğinden hasta kendi deneyimi ve ya eş dost tavsiyesi ile ilaç alıp kullanabilmektedir. Bu nedenle gelişmiş ülkelerde ilk onun içine giremeyen ağrı kesici, antibiyotik, vitamin, antidepresifler, uyku ilaçları gibi ilaçlar bizim ülkemizde en fazla tüketilen ilaçlardır. Ağrı kesiciler ülkemizde en çok tüketilen ilaç gruplarının ilk üçünün içindedir.³⁰

Ülkemizde ayrıntılı olarak belgelenmemişse olsa, akılcı olmayan reçete yazma alışkanlıkları ve standart tedavi şemalarını uygulamada yetersizlikler göz ardı edilemeyecek düzeydedir. Hastanın durumunu etraflı bir şekilde inceleyip tanı konduktan sonra mevcut ilaçlar arasından en uygununu seçecek ve buna göre reçete yazacak olan kişi hekim olduğu için, hekimin yükümlülüğü ve davranışı rasyonel ilaç kullanımının birincil önemde ki ögesini oluşturur. Hekimin bu işlevinin tam olarak yerine getirilip hastaya yansıtılmasında, reçetesini yaptırmak veya reçetesiz bir ilacı almak için eczaneye gelen hastanın bilgilendirilmesi açısından en kolay danışabileceği kişi olarak eczacıya da rasyonel ilaç kullanımında önemli görev düşer.¹⁰

Fazla ve savurganca ilaç tüketiminin nedenleri incelendiğinde ülkenin nüfus artışı ortalama yaşam süresinin artması toplumu oluşturan bireylerin sağlıklarını korumaya daha fazla özen göstermeleri sayılabilir. Ancak korkunç tüketim sadece bu nedenlere de bağlı değildir. Sosyal güvenlik kapsamı içindeki tüm kamu kurumlarında ilaçların savurganca yazılması hastaların aşırı ilaç alma isteği, hastaların hekimine yaptığı baskı ile istediği ilacı yazdırması da nedenler arasında etkili olmaktadır. Bu yol

ile gereksizce yazılmış bir çok ilaç ya atılır yada saklanarak evlerde küçük eczanelerin oluşmasına yol açar. Ankara Üniversite Tıp Fakültesi farmakoloji kürsüsünün Ankara’da yaptığı bir çalışmaya göre evlerde kişi başına 4.2 kutu ilaç bulunduğu bildirilmektedir. Diğer bir deyiş ile hemen hemen her evde 20-30 kutu ilacın bulunduğu söylenebilir. İstanbul’da yapılan bir araştırmada 2000 aile incelenmiş ve deneklerin %70’inin her gün en az bir ilaç kullandıkları bildirilmiştir. Elinin altında bu kadar çok ilaç bulunan birey doğal olarak da bu ilaçları kullanır yada bir başkasına önerir. Böylece hekime danışmadan kendi bildiğince veya bir başkasının önerisi ile ilaç alma yani self medikasyon, otomedikasyon olarak anılan tehlikeli durumlara yol açan ilaçların kötü kullanımı adını verdiğimiz alışkanlık ortaya çıkar.³

MATERYAL VE METOD

3.1. Araştırmanın Şekli: Araştırma bireylerin bilinçsiz ve reçetesiz ilaç tüketimi ile sağlık sorumluluğu düzeylerini belirlemek, bunların birbirleriyle olan ilişkilerini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte olarak planlanmış ve yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:

Araştırma Erzurum ili belediye sınırları içerisinde bulunan Yenişehir Sağlık ocağının hizmet verdiği bölge mahalleleri üzerinde 15.1.2001-15.3.2001 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Anket uygulamasına başlamadan önce bütün bireylere araştırmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilerek bireylerin çalışmaya gönüllü olarak katılımı sağlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi:

Evren: Araştırma evrenini Erzurum ili Belediye il sınırları içerisinde bulunan Yenişehir Sağlık ocağının hizmet verdiği bölgedeki toplam 7 mahalledeki 20 yaş ve üstü 50.000 kişi oluşturmuştur. Alt sınır olarak 20 yaşın seçilmesinin nedeni verilerin daha sağlıklı toplanmasını sağlamaktır.

Örneklem: Araştırma evrenini oluşturan 20 yaş ve üstü 50 bin kişiden Yamane tarafından geliştirilen İdil'in⁴⁷ Türkçe'ye uyarladığı $\alpha=0.05$ için Minimum Örnek Büyüklüğü esas alınarak 397 kişi örneklemi oluşturmuştur. Bu 397 kişi Yenişehir sağlık ocağının hizmet verdiği 7 mahalleye bölünerek her birinden alınması gereken örneklem büyüklüğü 59 olarak saptanmıştır. Her bir mahalleye düşen örneklem büyüklüğünü tam sayıya ulaştırmak için de alınması gereken kişi sayısı 60'a çıkarılmıştır. Bu 60 kişi rastgele seçilen evlerden 20 yaşın üstündeki bir birey araştırmaya alınarak 420 bireye ulaşıncaya kadar anket uygulanmıştır. Daha sonra cevaplama hataları ve yanlış verilerden dolayı 9 anket formu çıkarılarak 411 kişinin

anket formu değerlendirilmiştir. Anket formları araştırmacı tarafından katılımcılarla yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması ve Kullanılan Araç ve Gereçler

Araştırma verilerinin toplanmasında, bireylere özgü tanımlayıcı özellikleri, ilaç kullanım ilkelerini ve reçetesiz ilaç tüketimi ile ilgili bilgileri değerlendirmek amacıyla hazırlanan toplam 24 sorudan oluşan anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ölçeğinin sağlık sorumluluğu alt grubu kullanılmıştır.

3.4.1. Sağlık Sorumluluğu Ölçeği

Bireyin sağlığına ilişkin sorumluluk düzeyini ölçmede 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından geliştirilmiş²⁰ ve 1997 yılında Esin¹⁶ tarafından Türkçe'ye uyarlanmış geçerliği ve güvenilirliği saptanmış olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin 6 alt grubundan 2. olan ve bireyin kendi sağlığı üzerinde ki sorumluluk düzeyini, sağlığa ne ölçüde katıldığını belirleyen “Sağlık sorumluluğu” alt grubu kullanılmıştır.

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin tüm maddeleri olumludur. Ters madde yoktur. İşaretleme 4 likert tipi ölçek üzerine yapılır.”Hiçbir zaman” yanıtı için 1. “Bazen” yanıtı için 2, “ sık, sık” yanıtı için 3, “ Düzenli olarak” yanıtı için 4 puan verilir.

Sağlık sorumluluğu alt grubu sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin 2,7,15,20,28,32,33,42,43,46. maddelerini içeren toplam 10 maddeden oluşmuştur. En düşük puan 10, en yüksek puan 40 dır.

Sağlık sorumluluğu bireyin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluk düzeyini, sağlığa ne ölçüde katıldığını belirler. Oluşturulan anket formu ve ölçek ön denemeden geçirilerek gerekli düzeltmeler yapıldıktan sonra uygulanmıştır.

3.4.2. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerini Belirleyen Anket Soruları

Anket formunda bireylerin tanıtıcı özelliklerinin belirlenebilmesi için; yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, sağlık güvencesi, doğum yeri, hayatın büyük bir kısmının (2/3) geçirildiği yer, aylık gelir ve bireyin genel sağlık durumunun belirlenmesine yönelik sorular yer almaktadır.

Yaş; çalışma 20 yaş ve 20 yaşın üzerindeki bireyler üzerinde sürdürülmüş ve çalışma kapsamına dahil edilen bireyler; 20-35, 36-50 ve 51 ve üstü olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır.

Medeni durum; evli, bekar ve dul olmak üzere 3 ana başlık altında toplanmıştır.

Meslek; memur, emekli, işçi, öğrenci, ev hanımı ve serbest meslek üzere toplam 6 kategoride incelenmiştir.

Eğitim durumu; ilk okul mezunu değil, ilk okul mezunu, orta okul-lise mezunu ve yüksek okul-fakülte mezunu olmak üzere 4 ana başlık altında toplanmıştır.

Sağlık güvencesi; Bireylerin herhangi bir sağlık güvencesi olup olmamasına göre; var, yok şeklinde 2 grup altında değerlendirilmiştir.

Doğum yeri ve hayatın büyük bir kısmının (2/3) geçirildiği yer; il, ilçe ve köy olmak üzere 3 başlık altında incelenmiştir.

Genel sağlık durumu; bireylerin sürekli ilaç kullanmalarını gerektirebilecek herhangi bir kronik hastalığının olup olmadığı, var ve yok şeklinde belirlenmiştir.

3.4.3. İlaç Kullanım İlkeleri, Bilinçsiz ve Reçetesiz İlaç Tüketimi ile İlgili

Sorular; reçete edilen ilacın eczaneden zamanında alınması, ilaçların önerilen sıklıkta ve dozda kullanılması, ilacın önerilen süre içinde bitirilmesi, başkalarına ilaç verme veya alma, ilaç kullanmaya başlamadan önce son kullanma tarihlerinin göz önünde bulundurulup bulundurulmaması, ilaç kullanımı esnasında açlık tokluk ilkesine uyma, bireylerin reçetesiz ilaç alıp almaması ve genellikle reçetesiz hangi tür ilaçların

alınabildiği ile ilgili sorular sorulmuştur. Ayrıca reçete edilen ilaçlar veya kullanımları ile ilgili olarak bireylerin bilgilendirilip bilgilendirilmedikleri, bilgilendiriliyorlarsa kim tarafından bilgilendirildiklerinin saptanabilmesine yönelik sorulara yer verilmiştir. (Ek 1)

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi:

Çalışma materyalinden elde edilen veriler SPSS Microsoft 6.1 programı kullanılarak değerlendirildi. Veriler tek yönlü varyans analizi (ANOVA), Student t-test, Ki-kare testi ve yüzde dağılımları ve korelasyon ile değerlendirilmiş, tek yönlü varyans analizi sonuçlarına göre, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olanlarda, bu farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirleyebilmek için post hoc çoklu karşılaştırma sistemi olarak Duncan testinden faydalanılmıştır.

Tablo 1. Sağlık Sorumluluğu Ölçeğinin Alfa Değeri.

n=411	Madde S	Alfa Değerleri
Sağlık Sorumluluğu	10	0.74

BULGULAR

Bireylerin bilinçsiz ve reçetesiz ilaç tüketimi ile sağlık sorumluluğu düzeylerini belirlemek, bunların birbirleriyle olan ilişkilerini incelemek amacı ile yapılan çalışmada elde edilen veriler;

-Bireylere ait tanıtıcı bulgular,

-Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre sağlık sorumluluğu düzeyleri,

-Bireylerin ilaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışları ve reçetesiz ilaç kullanımına göre sağlık sorumluluğu düzeyi,

-Bireylerin tanıtıcı özellikleri ile ilaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlar arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi,

-Bireylerin tanıtıcı özellikleri ile reçetesiz ilaç kullanımına ait davranışlar arasındaki ilişkinin değerlendirildiği bulgular olmak üzere 5 ana başlık altında toplanmıştır.

4.1. Bireylere ait tanıtıcı bulgular

Tablo 2 'de bireylere ait tanıtıcı bulgular yer almaktadır.

Buna göre; çalışma kapsamına alınan bireylerin %44'ünün bayan, %56'sının ise erkek olduğu, %42'sinin 20-35, %42'sinin 36-50, %16'sının ise 51 ve üzeri yaş grubunda bulunduğu, % 6.5'nun ilk okul mezunu değil, %21'nin ilk okul, % 33'nün orta ve lise ve % 39.5'nin ise yüksek okul-fakülte mezunu olduğu, % 48'nin memur, % 6'sının emekli, % 4'nün işçi, %10'nun serbest meslek sahibi, %25'nin ev hanımı, % 7'sinin ise öğrenci olduğu saptanmıştır. Bireylerin %84'nün sağlık güvencesinin olduğu, %77'sinin hayatının büyük bir bölümünü ilde geçirdiği belirlenmiştir. Bireylerin %29'unun kronik bir hastalığa sahip olduğu ve ortalama aylık gelirlerinin 347.097.000 TL olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Bireylere ait tanıtıcı özellikler.

Tanıtıcı Özellik	n (411)	%
Cinsiyet		
Bayan	180	44
Erkek	231	56
Yaş Grupları		
20-35	171	42
36-50	173	42
51 ve Üstü	67	16
Eğitim Durumu		
İlk Okul Mezunu Değil	26	6.5
İlk Okul	87	21
Orta-Lise	136	33
Yüksek Okul-Fakülte	162	39.5
Meslek Grupları		
Memur	199	48
Emekli	23	6
İşçi	18	4
Serbest Meslek	43	10
Ev Hanımı	101	25
Öğrenci	27	7
Sağlık Güvencesi		
Var	346	84
Yok	65	16
Medeni Durum		
Evli	265	64.5
Bekar	88	21.5
Dul	58	14
Hayatın Büyük Bir Kısımının Geçirildiği Yer		
İl	317	77
İlçe	66	16
Köy	28	7
Kronik Hastalık		
Var	118	29
Yok	293	71
Aylık Gelir	411	100

4.2. Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre sağlık sorumluluğu düzeyleri

Tablo 3. Sağlık sorumluluğu ölçeğinden aldıkları alt ve üst puanlar ve ortalama puan.

Ölçek	Alt ve Üst Değerler	İşaretlenen Alt ve Üst Değerler	Genel Ortalama $\pm$ SD	Sorulara İlişkin Ortalama $\pm$ SD	n
Sağlık Sorumluluğu	10-40	10-37	21.401 $\pm$ 5.962	(2.1 $\pm$ 0.5)	411

Tablo 3'te görüldüğü gibi, çalışma kapsamına alınan bireylerin sağlık sorumluluğundan aldıkları en düşük ve en yüksek değerlerin 10-37 arasında olduğu ve bu bireylerin ortalama sağlık sorumluluğu düzeyinin ortalama ($\pm$ SD) 21.401 $\pm$ 5.962

olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya alınan bireylerin seçenek ortalamasına (2.1 ± 0.5) göre “bazen” şikkına tesadüf etmesi nedeniyle sağlık sorumluluğu düşük düzeyde bulunmuştur.

Bireylerin sağlık sorumluluğundan aldıkları puanlar ile bireylerin tanıtıcı özelliklerinden; yaş grupları, eğitim durumu, meslek grupları, medeni durum ve hayatın büyük bir kısmının geçirildiği yere göre sağlık sorumluluğu düzeyi tablo 4’de sunulmuştur.

Tablo 4’de sağlık sorumluluğu ile tanıtıcı özellikler arasındaki ilişki incelendiğinde; yaş grupları arasında en yüksek ortalamanın “51 ve üzeri” yaş grubuna ait olduğu ($\bar{x}=23.149$), en düşük ortalamanın ise “20-35” yaş grubuna ait olduğu ($\bar{x}=20.579$) ve gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. ($F=4.6323$, $p<0.01$) Gruplar arasındaki bu farkın “51 ve üstü” yaş grubu ile “20-35” yaş grubu arasından kaynaklandığı saptanmıştır (Duncan test, $p<0.05$).

Eğitim durumu ile sağlık sorumluluğu arasındaki ilişkiye bakıldığında; en yüksek ortalamanın “yüksek okul- fakülte mezunu” grubuna ait olduğu ($\bar{x}=23.296$), bunu sırasıyla “orta-lise” grubu ($\bar{x}=21.537$), “ilkokul mezunu değil” grubu ($\bar{x}=18.692$), “ilk okul” grubu ($\bar{x}=18.471$) olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu ($F=15.8211$, $p<0.001$), bu farkın “yüksek okul- fakülte mezunu” grup ile diğer gruplar arasından ve “orta-lise mezunları” ile “ilkokul mezunu değil” ve “ilkokul” mezunları arasından kaynaklandığı (Duncan test, $p<0.05$) saptanmıştır.

Meslek gruplarına göre sağlık sorumluluğu düzeyi incelendiğinde; en yüksek ortalamanın “emeklilere” ait olduğu ($\bar{x}=23.565$), bunu sırasıyla “memur” ($\bar{x}=23.000$), “öğrenci” ($\bar{x}=22.518$), “serbest meslek” ($\bar{x}=21.279$), “işçi” ($\bar{x}=19.222$) ve “ev hanımı” ($\bar{x}=17.901$) gruplarının izlediği gözlenmiştir.

Tablo 4. Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre sağlık sorumluluğu düzeyleri.

Sağlık sorumluluğu Düzeyi							Anlamlılık Derecesi	
Tanıtıcı Özellik	n	X ± SD	Değişim Kaynağı (DK)	Serbestlik Derecesi (sd)	Kareler Toplamı	Kareler Ortalaması (KO)	F Test İstatistiği (F)	Olasılık Düzeyi (p)
Yaş Grupları								
20-35	171	20.579 ± 5.660	Gruplar Arası	2	323.5617	161.7808	4.632	<0.01
36-50	173	21.538 ± 5.853	Gruplar İçi	408	14249.197	34.9245		
51 ve Üstü	67	23.149 ± 6.641	Genel	410	14572.759			
Eğitim Durumu								
İlk OkulMezunu Değil	26	18.692 ± 5.992	Gruplar Arası	3	1521.948	507.3162	15.821	<0.001
İlk Okul	87	18.471 ± 5.740	Gruplar İçi	407	13050.81	32.0659		
Orta-Lise	136	21.537 ± 5.234	Genel	410	14572.75			
Yüksek Okul-Fakülte	162	23.296 ± 5.910						
Meslek Grupları								
Memur	199	23.000 ± 5.797	Gruplar Arası	5	1973.594	394.7188	12.688	<0.001
Emekli	23	23.565 ± 6.185	Gruplar İçi	405	12599.16	31.109		
İşçi	18	19.222 ± 5.094	Genel	410	14572.75			
Serbest Meslek	43	21.279 ± 6.415						
Ev Hanımı	101	17.901 ± 4.788						
Öğrenci	27	22.518 ± 4.964						
Medeni Durum								
Evli	265	20.245 ± 5.509	Gruplar Arası	2	1306.594	653.2972	20.092	<0.001
Bekar	88	22.318 ± 5.891	Gruplar İçi	408	13266.16	32.5151		
Dul	58	25.293 ± 6.263	Genel	410	14572.75			
Hayatın 2/3'nün Geçtiği Yer								
İl	317	21.571 ± 5.971	Gruplar Arası	2	297.9373	148.9686	4.257	<0.01
İlçe	66	21.909 ± 6.012	Gruplar İçi	408	14274.82	34.9873		
Köy	28	18.286 ± 4.936	Genel	410	14572.75			
Aylık Gelir	411	347.097.000					r=3.332	<0.001

Bununla birlikte meslek grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu (F=12.6882, p<0.001) ve bunun “ev hanımları” ile “işçiler” hariç diğer gruplar arasından ve “işçiler” ile “memur” ve “emekliler” arasından kaynaklandığı (Duncan test, p<0.05) saptanmıştır.

Medeni durum ile sağlık sorumluluğu arasındaki ilişki irdelendiğinde ise; “dul”ların $\bar{x}=25.293$ ile en yüksek ortalamaya sahip olduğu bunu sırası ile “bekar” ($\bar{x}=22.318$) ve “evli” grubun ($\bar{x}=20.245$) izlediği, gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu ($F=20.0921$, $p<0.001$) ve bu anlamlılığın “dul” bireyler ile “evli” ve “bekar” bireyler arasından, ayrıca “bekar”lar ile “evli” bireyler arasından (Duncan test, $p<0.05$) kaynaklandığı belirlenmiştir.

Hayatın 2/3’ünün geçtiği yere göre sağlık sorumluluğu düzeyine bakıldığında; “ilçe” grubunun en yüksek sağlık sorumluluğuına sahip oldukları ($\bar{x}=21.909$), bunu sırasıyla “il” grubu ($\bar{x}=21.571$) ve “köy” grubunun ($\bar{x}=18.286$) izlediği tespit edilmiştir. Gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olup ($F=4.2578$, $p<0.01$), bu farkın “köy” grubu ile hem “il” hem de “ilçe” grupları arasından (Duncan test, $p<0.05$) kaynaklandığı saptanmıştır.

Ayrıca bireylerin ortalama aylık gelirlerinin 347.097.000 TL olduğu (Tablo 2) ve gelir durumu ile bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyi arasında korelasyon olduğu ($r=3.3325$, $p<0.001$) tespit edilmiştir.

Tablo 5. Bireylerin cinsiyet, sağlık güvencesi ve kronik hastalık durumuna göre sağlık sorumluluğu düzeyi.

Tanıtıcı Özellik	Sağlık Sorumluluğu Düzeyi			
	n (411)	$\bar{x} \pm SD$	t	p
Cinsiyet				
Bayan	180	20.900 ± 6.014	1.51	$p>0.05$
Erkek	231	21.792 ± 5.90		
Sağlık Güvencesi				
Var	346	21.422 ± 6.001	0.16	$p>0.05$
Yok	65	21.292 ± 5.793		
Kronik Hastalık				
Var	118	22.068 ± 6.465	1.37	$p>0.05$
Yok	293	21.133 ± 5.737		

Tablo 5 incelendiğinde tanıtıcı özelliklerden bayan ve erkeklerin ($t=1.51$, $p>0.05$), ayrıca sağlık güvencesi olan ve olmayan ($t=0.16$, $p>0.05$) ve kronik hastalığı olan ve olmayan ($t=1.37$, $p>0.05$) bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyi ortalamaları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır.

4.3. Bireylerin ilaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışları ve reçetesiz ilaç kullanımına göre sağlık sorumluluğu düzeyi.

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlar ve reçetesiz ilaç kullanımına göre sağlık sorumluluğu düzeyi tablo 6’da sunulmuştur.

Tablo 6 incelendiğinde; “ilacınızı zamanında eczaneden alır mısınız” sorusuna “evet” diyenler 21.695, “hayır” diyenler ise 17.222 puan ortalamasına sahip olup iki grup arasında sağlık sorumluluğu düzeyi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ($t=4.93$, $p<0.001$) belirlenmiştir.

“İlacınızı önerilen sıklıkta kullanır mısınız” sorusuna “evet” diyenlerin ortalama sağlık sorumluluğu düzeyinin 21.891, “hayır” diyenlerin ise 17.422 olduğu ve iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t=5.31$, $p<0.001$) saptanmıştır.

“İlacınızı önerilen dozda alır mısınız” sorusuna “evet” diyenler 21.602, “hayır” diyenler 18.759 puan ortalamasına sahip olup iki grup ile sağlık sorumluluğu düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($t=2.49$, $p<0.01$) saptanmıştır.

“İlacınızı önerilen sürede bitirir misiniz” sorusuna “evet” diyenler 21.963, “hayır” diyenler 18.117, “ilacı kullanırken açlık tokluk ilkesine uyar mısınız” sorusuna “evet” diyenler 21.649 “hayır” diyenler 19.100, “ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz” sorusuna “evet” diyenler 21.741 “hayır” diyenler 17.515 puan ortalamasına sahip olup gruplar arasındaki ilişki incelendiğinde her üç soru içinde “evet” ile “hayır” cevapları ile sağlık sorumluluğu düzeyi arasında anlamlı bir fark olduğu (sırasıyla $t=4.74$, $p<0.001$; $t=2.59$, $p<0.01$; $t=3.97$, $p<0.001$) saptanmıştır.

Tablo 6. İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlar ve reçetesiz ilaç kullanımına göre sağlık sorumluluğu düzeyi.

İlaç Kullanım ilkeleri ve reçetesiz ilaç kullanımı ile ilgili Davranışlar		Sağlık Sorumluluğu			Anlamlılık Derecesi	
		n(411)	%	$\bar{x} \pm SD$	t	p
İlacınızı zamanında eczaneden alırmısınız?	Evet	384	93	21.695 $\pm$ 5.949	4.93	p<0.001
	Hayır	27	7	17.222 $\pm$ 4.440		
İlacınızı önerilen sıklıkta kullanırmısınız?	Evet	366	89	21.891 $\pm$ 5.865	5.31	p<0.001
	Hayır	45	11	17.422 $\pm$ 5.259		
İlacınızı önerilen dozda alırmısınız?	Evet	382	93	21.602 $\pm$ 5.862	2.49	p<0.01
	Hayır	29	7	18.759 $\pm$ 6.717		
İlacınızı önerilen sürede bitirirmisiniz?	Evet	351	85	21.963 $\pm$ 5.863	4.74	p<0.001
	Hayır	60	15	18.117 $\pm$ 5.499		
İlaçları kullanırken açlık-tokluk ilkesine uyar mısınız?	Evet	371	90	21.649 $\pm$ 5.907	2.59	p<0.01
	Hayır	40	10	19.100 $\pm$ 6.046		
İlaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz?	Evet	378	92	21.741 $\pm$ 5.874	3.97	p<0.001
	Hayır	33	8	17.515 $\pm$ 5.652		
Başkalarına Kullanması için ilaç verir misiniz?	Evet	202	49	20.678 $\pm$ 6.068	2.43	p<0.01
	Hayır	209	51	22.100 $\pm$ 5.786		
Başkalarından ilaç alırmısınız?	Evet	181	44	20.320 $\pm$ 5.818	3.30	p<0.001
	Hayır	230	56	22.252 $\pm$ 5.948		
Eczaneden reçetesiz ilaç alırmısınız?	Evet	279	68	20.888 $\pm$ 5.770	1.96	p<0.05
	Hayır	132	32	22.136 $\pm$ 6.493		

*Genel n=411, *Yüzdelere sütun yüzdesidir.

“Başkalarına kullanması için ilaç verir misiniz” sorusuna “evet” diyenler 20.678 “hayır” diyenler 22.100, “başkalarından ilaç alırmısınız” sorusuna “evet” diyenler 20.320 “hayır” diyenler 22.252, “eczaneden reçetesiz ilaç alırmısınız” sorusuna “evet” diyenler 20.888 “hayır” diyenler 22.136 puan ortalamasına sahip olup her üç soruda da “evet” ile “hayır” cevapları veren bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu (sırasıyla t=2.43, p<0.01; t=3.30, p<0.001; t=1.96, p<0.05) tespit edilmiştir.

4.4. Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre ilaç kullanımı ilkeleri ile ilgili davranışlara ait bulgular

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların cinsiyete göre dağılımı Tablo 7’de sunulmuştur.

Tablo 7. İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların cinsiyete göre dağılımı.

İlaç Kullanımı İle İlgili Davranışlar	Cinsiyet Dağılımı							Anlamlılık Derecesi	
		Bayan		Erkek		Toplam		X ²	p
		n	%	n	%	n	%		
İlacınızı zamanında eczaneden alırmısınız?	Evet	172	96	212	92	384	93	2.355	p>0.05
	Hayır	8	4	19	8	27	7		
İlacınızı önerilen sıklıkta kullanırmısınız?	Evet	162	90	204	88	366	89	0.295	p>0.05
	Hayır	18	10	27	12	45	11		
İlacınızı önerilen dozda alırmısınız?	Evet	167	93	215	93	382	93	0.013	p>0.05
	Hayır	13	7	16	7	29	7		
İlacınızı önerilen sürede bitirir misiniz?	Evet	158	88	193	84	351	85	1.450	p>0.05
	Hayır	22	12	38	16	60	15		
İlaçları kullanırken açlık-tokluk ilkesine uyar mısınız?	Evet	163	91	208	90	371	90	0.030	p>0.05
	Hayır	17	9	23	10	40	10		
İlaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz?	Evet	160	89	218	94	378	92	4.119	p>0.05
	Hayır	20	11	13	6	33	8		
Başkalarına Kullanması için ilaç verir misiniz?	Evet	93	52	109	47	202	49	0.812	p>0.05
	Hayır	87	48	122	53	209	51		
Başkalarından ilaç alırmısınız?	Evet	8	49	93	40	181	44	3.056	p>0.05
	Hayır	92	51	138	60	230	56		

*Genel n=411, *Yüzdeleer sütun yüzdesidir

Tablo 7' ye bakıldığında ilacın kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlarla cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir. “İlacın son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz” sorusuna “evet” diyen “bayan”lar la (%89), “erkekler” (%94) arasında farklılık olmakla birlikte istatistiksel açıdan anlamlılık ($X^2=4.119$, $p>0.05$) saptanamamıştır. Aynı şekilde “başkalarına kullanması için ilaç verir misiniz” sorusuna “evet” diyen bayanların oranı %52, “evet” diyen “erkek”lerin ise %47 olup aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı ($X^2=0.812$, $p>0.05$) bulunmamıştır.

“Başkalarından ilaç alırmısınız” sorusuna “evet” diyen “bayan”ların %49, “evet” diyen “erkek”lerin ise %40 oranında olduğu tespit edilmiş ancak aralarında anlamlı bir ilişki ($X^2=3.056$, $p>0.05$) saptanamamıştır.

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8’e bakıldığında ilaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların yaşa göre dağılımları incelendiğinde sadece “ilacınızı önerilen dozda alırmısınız” parametresinin

anlamlılık gösterdiği ($X^2=6.255$, $p<0.05$), “20-35” yaş grubundakilerin %97 ile “ilacın önerilen dozda alınması” kuralına uyduğu bunu sırası ile “51 ve üzeri” (%92), “31-50” yaş grubunun (%90) izlediği saptanmıştır.

Tablo 8. İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların yaş gruplarına göre dağılımı.

	Yaş Grupları											
İlaç Kullanımı İle İlgili Davranışlar		20-35		36-50		51 ve Üzeri		Toplam		Anlamlılık Derecesi		
		n	%	n	%	n	%	n	%	X ²	p	
İlacınızı zamanında eczaneden alırmısınız?	Evet	164	96	156	90	64	96	384	93	5.175	p>0.05	
	Hayır	7	4	17	10	3	4	27	7			
İlacınızı önerilen sıklıkta kullanırmısınız?	Evet	159	93	150	87	57	85	366	89	4.773	p>0.05	
	Hayır	12	7	23	13	10	15	45	11			
İlacınızı önerilen dozda alırmısınız?	Evet	165	97	155	90	62	92	382	93	6.255	P<0.05	
	Hayır	6	3	18	10	5	8	29	7			
İlacınızı önerilen sürede bitirir misiniz?	Evet	151	88	143	83	57	85	351	85	2.205	p>0.05	
	Hayır	20	12	30	17	10	15	60	15			
İlaçları kullanırken açlık-tokluk ilkesine uyar mısınız?	Evet	158	92	156	90	57	85	371	90	2.941	p>0.05	
	Hayır	13	8	17	10	10	15	40	10			
İlaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz?	Evet	160	94	159	92	59	88	378	92	1.978	p>0.05	
	Hayır	11	6	14	8	8	12	33	8			
Başkalarına Kullanması için ilaç verir misiniz?	Evet	76	44	90	52	36	54	202	49	2.649	p>0.05	
	Hayır	95	56	83	48	31	46	209	51			
Başkalarından ilaç alırmısınız?	Evet	71	41	80	46	30	45	181	44	0.795	p>0.05	
	Hayır	100	59	93	54	37	55	230	56			

*Genel n=411, *Yüzde ler sütun yüzdesidir

İlacın kullanım ilkeleri ile ilgili diğer davranışlarla yaş grupları arasındaki ilişki incelendiğinde, “ilacınızı önerilen sıklıkta kullanırmısınız” sorusuna “evet” diyenlerin oranı sırasıyla “20-35” yaş grubunda %93, “36-50” yaş grubunda %87, “51 ve üzeri” yaş grubunda ise %85 olup yaş grupları ile “ilacın önerilen sıklıkta kullanımı” arasında ilişki saptanamamıştır.

Yine aynı şekilde diğer parametrelerden “ilacın eczaneden zamanında alınması”, “önerilen sürede bitirilmesi”, “açlık-tokluk ilkesine uyulması”, “son kullanma tarihine dikkat edilmesi”, “başkalarına kullanması için ilaç verme” ve “başkalarından ilaç alma” sorularına “evet” diyenler yaş gruplarına göre farklı oranlarda olmakla birlikte bu parametrelerle ilaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlar arasında anlamlı ilişki ($p>0.05$)

saptanmamıştır.

Tablo 9. İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların bireylerin eğitim durumlarına göre dağılımı.

İlaç Kullanım İlkeleri ile İlgili Davranışlar	Bireylerin Eğitim Durumları											Anlamlılık Derecesi	
		İlk Okul Mezunları		İlk Okul		Orta-Lise		Yüksek Okul-Fakülte		Toplam		X ²	p
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
İlacınızı zamanında eczaneden alırmısınız?	Evet	23	88	80	92	126	93	155	96	384	93	2.825	>0.05
	Hayır	3	12	7	8	10	7	7	4	27	7		
İlacınızı önerilen sıklıkta kullanırmısınız?	Evet	23	88	69	79	125	92	149	92	366	89	11.037	<0.01
	Hayır	3	12	18	21	11	8	13	8	45	11		
İlacınızı önerilen dozda alırmısınız?	Evet	24	92	72	83	128	94	158	97	382	93	19.261	<0.001
	Hayır	2	8	15	17	8	6	4	3	29	7		
İlacınızı önerilen sürede bitirirmisiniz?	Evet	20	77	64	74	123	90	144	89	351	85	15.629	<0.001
	Hayır	6	23	23	26	13	10	18	11	60	15		
İlaçları kullanırken açıklık-tokluk ilkesine uyar mısınız?	Evet	20	77	71	82	127	93	153	94	371	90	17.413	<0.001
	Hayır	6	23	16	18	9	7	9	6	40	10		
İlaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder mısınız?	Evet	19	73	75	86	130	96	154	95	378	92	20.988	<0.001
	Hayır	7	27	12	14	6	4	8	5	33	8		
Başkalarına Kullanması için ilaç verir mısınız?	Evet	17	65	51	59	73	54	61	38	202	49	15.544	<0.001
	Hayır	9	35	36	41	63	46	101	62	209	51		
Başkalarından ilaç alırmısınız?	Evet	15	58	53	61	63	46	50	31	181	44	23.723	<0.001
	Hayır	11	42	34	39	73	54	112	69	230	56		

*Genel n=411, *Yüzdelere sütun yüzdesidir

Tablo 9'a bakıldığında "İlacın önerilen sıklıkta kullanılması"na "evet" diyenlerden %92'sinin "yüksek okul- fakülte mezunu" ile "orta-lise mezunları" olduğu ve eğitim ile ilacın önerilen sıklıkta kullanılması arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($X^2=11.037$, $p<0.01$) saptanmıştır.

"İlacın önerilen dozda alınması" ile eğitim durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında en fazla "evet" diyenlerin %97 ile "yüksek okul-fakülte mezunu" grubunda olduğu, en az düzeyde "evet" diyenlerin ise %83 ile "ilk okul" grubuna ait olduğu ve ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu ($X^2=19.261$, $p<0.001$) tespit edilmiştir.

"İlacın önerilen sürede bitirilmesi" ile eğitim durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında "yüksek okul-fakülte mezunları"nın %89'la "evet" dediği, en az "evet" diyenlerin ise %74 ile "ilk okul" grubu olduğu ve aralarında ilişkinin anlamlı olduğu ($X^2=15.629$, $p<0.001$) bulunmuştur.

“İlacı kullanırken açlık tokluk ilkesine uyma” ve “ilacın son kullanım tarihlerine dikkat etme” ile eğitim durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında yine en yüksek oranda evet” diyenlerin “yüksek okul-fakülte” ve “orta-lise mezunları”na ait olduğu (%94, %93) ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu ($X^2=17.413$, $P<0.001$); ($X^2=20.988$, $p<0.001$) belirlenmiştir.

“Başkalarına kullanması için ilaç verir misiniz” sorusuna “hayır” diyenler %62 ile “yüksek okul-fakülte” grubuna, daha sonra %46 ile “orta-lise ” grubuna ait olup aralarındaki ilişki anlamlı ($X^2=15.544$, $p<0.001$) bulunmuştur.

“Başkalarından ilaç alır mısınız” sorusuna “hayır” diyenler en yüksek oranda (%69) “yüksek okul-fakülte mezunları”, daha sonra sırası ile; “orta- lise” (%54), “ilk okul mezunu değil” (%42), “ilk okul” (%39) gruplarından oluşmuştur, eğitim ile “başkalarından ilaç alma” arasındaki ilişki istatistiki yönden anlamlı ($X^2=23.723$, $p<0.001$) olarak belirlenmiştir.

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların bireylerin sağlık güvencesi olup olmamasına göre dağılımı tablo 10’da görülmektedir.

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların bireylerin sağlık güvencesine göre dağılımları incelendiği zaman; “ilacın zamanında eczaneden alır mısınız” ilkesi ile sağlık güvencesi arasında anlamlı bir ilişki olup ($X^2=13.485$, $p<0.001$), “ilacı eczaneden zamanında alma”, “sağlık güvencesi olanlar”da %95 “olmayanlar”da ise %83 bulunmuştur.

Sağlık güvencesi “olanlar”ın %42’sinin, “olmayanlar”ın ise %55’inin başkalarından ilaç aldığı ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu ($X^2=4.032$, $p<0.05$), yine sağlık güvencesi olanların %95’inin, olmayanların ise %83’ünün ilacı zamanında eczaneden aldıkları ve aralarındaki ilişkinin anlamlı olduğu ($X^2=13.485$, $p<0.001$) saptanmıştır. İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlardan “İlacın önerilen sıklıkta

kullanılması”, “önerilen dozda alınması”, “önerilen sürede bitirilmesi”, “açlık-tokluk ilkesine uyulması”, “son kullanma tarihine bakılması” ve “başkalarına ilaç verilmesi” ile sağlık güvencesinin olup olmaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı ($p>0.05$) görülmüştür.

Tablo 10. İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların bireylerin sağlık güvencesi olup olmasına göre dağılımı.

İlaç Kullanım İlkeleri ile İlgili Davranışlar	Sağlık Güvencesi							Anlamlılık Derecesi	
		Var		Yok		Toplam			
		n	%	n	%	n	%	X ²	p
İlacınızı zamanında eczaneden alırmısınız?	Evet	330	95	54	83	384	93	13.485	p<0.001
	Hayır	16	5	11	17	27	7		
İlacınızı önerilen sıklıkta kullanırmısınız?	Evet	310	90	56	86	366	89	0.664	p>0.05
	Hayır	36	10	9	14	45	11		
İlacınızı önerilen dozda alırmısınız?	Evet	325	94	57	87	382	93	3.247	p>0.05
	Hayır	21	6	8	13	29	7		
İlacınızı önerilen sürede bitirir misiniz?	Evet	299	86	52	80	351	85	1.806	p>0.05
	Hayır	47	14	13	20	60	15		
İlaçları kullanırken açlık-tokluk ilkesine uyar mısınız?	Evet	316	91	55	85	371	90	2.807	p>0.05
	Hayır	30	9	10	15	40	10		
İlaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz?	Evet	319	92	59	91	378	92	0.150	p>0.05
	Hayır	27	8	6	9	33	8		
Başkalarına Kullanması için ilaç verir misiniz?	Evet	166	48	36	55	202	49	1.201	p>0.05
	Hayır	180	52	29	45	209	51		
Başkalarından ilaç alırmısınız?	Evet	145	42	36	55	181	44	4.032	p<0.05
	Hayır	201	58	29	45	230	56		

*Genel n=411, *Yüzdelere sütun yüzdesidir

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların bireylerin medeni durumlarına göre dağılımı tablo 11’de verilmiştir. Tablo 11’de görüldüğü gibi ilaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlarla medeni durum arasındaki ilişki açısından inceleme yapıldığında “ilaçların zamanında eczaneden alınması”, “önerilen sıklıkta” ve “doz”da kullanılması”, “önerilen sürede bitirilmesi”, “açlık-tokluk ilkesine uyma” ve “başkalarından ilaç alma” ile bireyin medeni durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. ($p>0.05$)

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlardan ilaçların “son kullanım tarihlerine

dikkat eder misiniz” sorusuna “evet” diyenlerin oranı %94 ile “bekar”lara, %93 ile “evli”lere, %86 ile “dul”lara ait olup, ilgili davranışlar arasında oran farkı olmakla birlikte medeni durum ile ilacın son kullanma tarihine dikkat etme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır.

Tablo 11. İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların bireylerin medeni durumlarına göre dağılımı.

İlaç Kullanım İlkeleri ile İlgili Davranışlar	Bireylerin Medeni Durumları										Anlamlılık Derecesi	
		Evli		Bekar		Dul		Toplam				
		n	%	n	%	n	%	n	%	X ²	p	
İlacınızı zamanında eczaneden alırmısınız?	Evett	243	92	87	99	54	93	384	93	5.538	p>0.05	
	Hayır	22	8	1	1	4	7	27	7			
İlacınızı önerilen sıklıkta kullanırmısınız?	Evett	231	87	83	94	52	90	366	89	3.487	p>0.05	
	Hayır	34	13	5	6	6	10	45	11			
İlacınızı önerilen dozda alırmısınız?	Evett	243	92	86	98	53	91	382	93	3.913	p>0.05	
	Hayır	22	8	2	2	5	9	29	7			
İlacınızı önerilen sürede bitirir misiniz?	Evett	220	83	80	91	51	88	351	85	3.645	p>0.05	
	Hayır	45	17	8	9	7	12	60	15			
İlaçları kullanırken açlık-tokluk ilkesine uyar mısınız?	Evett	237	89	83	94	51	88	371	90	2.213	p>0.05	
	Hayır	28	11	5	6	7	12	40	10			
İlaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz?	Evett	245	93	83	94	50	86	378	92	3.349	p>0.05	
	Hayır	20	7	5	6	8	4	33	8			
Başkalarına Kullanması için ilaç verir misiniz?	Evett	125	47	41	47	36	62	202	49	4.519	p>0.05	
	Hayır	140	53	47	53	22	38	209	51			
Başkalarından ilaç alır mısınız?	Evett	116	44	34	39	31	53	181	44	3.133	p>0.05	
	Hayır	149	56	54	61	27	47	230	56			

*Genel n=41, *Yüzde ler sütun yüzdesidir

Yine aynı şekilde “başkalarının kullanması için ilaç verir misiniz” sorusuna “hayır” cevabı % 38 ile “dul”lardan alınmış “evli” ve “bekar”ların aynı oranlarda (%53) “hayır” cevabı verdikleri tespit edilmiş ancak medeni durum ile başkalarına ilaç verme arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkiye rastlanamamıştır. ($X^2=4.519$, $p>0.05$)

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların bireylerin hayatının büyük bir kısmını geçirdiği yerlere göre dağılımı tablo 12’de sunulmuştur.

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların tümünün bireylerin hayatının büyük bir kısmını geçirdiği yerlere göre dağılımı incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir

fark bulunmamakla birlikte “başkalarına kullanması için ilaç verir misiniz” sorusuna en yüksek oranda “hayır” diyenler (%61) “ilçe” grubuna ait olup bunu sırası ile %50 ile “il” grubu, %36 ile “köy” grubu izlemiştir.

Tablo 12. İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların bireylerin hayatının büyük bir kısmını geçirdiği yerlere göre dağılımı.

İlaç Kullanım İlkeleri ile İlgili Davranışlar	Hayatın Büyük Bir Bölümünün Geçtiği Yer										Anlamlılık Derecesi	
		İl		İlçe		Köy		Toplam		X ²	p	
		n	%	n	%	n	%	n	%			
İlacınızı zamanında eczaneden alırmısınız?	Evet	296	93	61	92	27	96	384	93	0.520	p>0.05	
	Hayır	21	7	5	8	1	4	27	7			
İlacınızı önerilen sıklıkta kullanırmısınız?	Evet	280	88	61	92	25	89	366	89	0.941	p>0.05	
	Hayır	37	12	5	8	3	11	45	11			
İlacınızı önerilen dozda alırmısınız?	Evet	291	92	64	97	27	96	382	93	2.784	p>0.05	
	Hayır	26	8	2	3	1	4	29	7			
İlacınızı önerilen sürede bitirir misiniz?	Evet	269	85	60	91	22	79	351	85	2.728	p>0.05	
	Hayır	48	5	6	9	6	21	60	15			
İlaçları kullanırken açlık-tokluk ilkesine uyar mısınız?	Evet	285	90	62	94	24	86	371	90	1.721	p>0.05	
	Hayır	32	10	4	6	4	14	40	10			
İlaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz?	Evet	290	92	63	95	25	89	378	92	1.463	p>0.05	
	Hayır	27	8	3	5	3	11	33	8			
Başkalarına Kullanması için ilaç verir misiniz?	Evet	158	50	26	39	18	64	202	49	5.140	p>0.05	
	Hayır	159	50	40	61	10	36	209	51			
Başkalarından ilaç alırmısınız?	Evet	146	46	24	36	11	39	181	44	2.358	p>0.05	
	Hayır	171	54	42	64	17	61	230	56			

*Genel n=411, *Yüzdeler sütun yüzdesidir

“Yine başkalarından ilaç alırmısınız” sorusuna en yüksek oranda “hayır” diyenlerin %64 ile “ilçe” grubu %54 ile “il”, %61 ile “köy” grubu olduğu belirlenmiştir.

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların kronik hastalık olup olmamasına göre dağılımı tablo 13’de sunulmuştur. Tablo 13’e bakıldığında “ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz” sorusuna “evet” diyenleri %94 ile “kronik bir hastalığa sahip olmayanlar” oluşturmuş ve aralarındaki ilişki istatistiksel yönden anlamlı bulunmuştur ($X^2=6.854$, $p<0.01$).

“Yine başkalarına kullanması için ilaç verir misiniz” sorusuna da %54 ile “hayır” diyenler “kronik bir hastalığa sahip olmayan” grup olup aralarındaki ilişki

istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($X^2=4.761$, $p<0.05$).

Tablo 13. İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların kronik hastalık olup olmamasına göre dağılımı.

	Kronik Hastalık								
İlaç Kullanım İlkeleri ile İlgili Davranışlar		Var		Yok		Toplam		Anlamlılık Derecesi	
		n	%	n	%	n	%	X ²	p
İlacınızı zamanında eczaneden alırmısınız?	Evet	111	94	273	93	384	93	0.109	p>0.05
	Hayır	7	6	20	7	27	7		
İlacınızı önerilen sıklıkta kullanırmısınız?	Evet	101	86	265	90	366	89	2.029	p>0.05
	Hayır	17	14	28	10	45	11		
İlacınızı önerilen dozda alırmısınız?	Evet	105	89	277	95	382	93	3.959	p>0.05
	Hayır	13	11	16	5	29	7		
İlacınızı önerilen sürede bitirir misiniz?	Evet	96	81	255	87	351	85	2.172	p>0.05
	Hayır	22	19	38	13	60	15		
İlaçları kullanırken açlık-tokluk ilkesine uyar mısınız?	Evet	103	87	268	92	371	90	1.672	p>0.05
	Hayır	15	13	25	8	40	10		
İlaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz?	Evet	102	86	276	94	378	92	6.854	p<0.01
	Hayır	16	14	17	6	33	8		
Başkalarına Kullanması için ilaç verir misiniz?	Evet	68	58	134	46	202	49	4.761	p<0.05
	Hayır	50	42	159	54	209	51		
Başkalarından ilaç alırmısınız?	Evet	63	53	118	40	181	44	5.872	p<0.01
	Hayır	55	47	175	60	230	56		

*Genel n=411 *Yüzdelere sütun yüzdesidir

“Başkalarından ilaç alırmısınız” sorusuna “hayır” diyenler %60 oranında “kronik hastalığı olmayan” grup olarak belirlenmiş ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel açıdan anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($X^2=5.872$, $p<0.01$).

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili diğer davranışlarla “ilacın zamanında eczaneden alınması, ilacın kullanım sıklığı, süresi ve dozuna ve ilacın açlık-tokluk ilkesine göre alınması” ile kronik hastalık olup olmaması arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$).

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlar ve reçetesiz ilaç kullanımının bireylerin gelir durumuna göre dağılımları Tablo 14’de verilmiştir.

Gelir durumuna göre ilaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlar ve reçetesiz ilaç kullanımı incelendiğinde; yalnızca “eczaneden reçetesiz ilaç alırmısınız” parametresi ile gelir durumu arasında istatistiksel açıdan bir anlamlılık tespit edilmiştir ($t=2.93$,

p<0.01). Ortalama aylık geliri 393.394 milyon olan %32 kişi “eczaneden reçetesiz ilaç alır mısınız” sorusuna “hayır” cevabı verirken; ortalama aylık geliri 325.193 milyon olan %68 kişide “evet” cevabı vermiştir.

Tablo 14. İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlar ve reçetesiz ilaç kullanımının bireylerin gelir durumuna göre dağılımları.

İlaç Kullanım İlkeleri ile İlgili Davranışlar ve Reçetesiz İlaç Kullanımı	Gelir Durumu					
		n	%	Ortalama ± SD (Milyon)	t	p
İlacınızı zamanında eczaneden alırmısınız?	Evet	384	93	343.102 ± 200.846	1.48	p>0.05
	Hayır	27	7	403.926 ± 268.252		
İlacınızı önerilen sıklıkta kullanırmısınız?	Evet	366	89	347.251 ± 194.006	0.04	p>0.05
	Hayır	45	11	345.844 ± 289.151		
İlacınızı önerilen dozda alırmısınız?	Evet	382	93	346.282 ± 208.339	0.29	p>0.05
	Hayır	29	7	375.827 ± 176.868		
İlacınızı önerilen sürede bitirir misiniz?	Evet	351	85	348.435 ± 206.523	0.32	p>0.05
	Hayır	60	15	339.266 ± 205.205		
İlaçları kullanırken açlık-tokluk ilkesine uyar mısınız?	Evet	371	90	348.148 ± 208.131	0.31	p>0.05
	Hayır	40	10	337.350 ± 188.434		
İlaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz?	Evet	378	92	351.627 ± 207.346	1.51	p>0.05
	Hayır	33	8	295.212 ± 186.418		
Başkalarına Kullanması için ilaç verir misiniz?	Evet	202	49	353.346 ± 218.145	0.60	p>0.05
	Hayır	209	51	341.057 ± 194.099		
Başkalarından ilaç alırmısınız?	Evet	181	44	349.331 ± 217.769	0.19	p>0.05
	Hayır	230	56	345.339 ± 196.909		
Eczaneden reçetesiz ilaç alırmısınız?	Evet	279	68	325.193 ± 188.226	2.93	p<0.01
	Hayır	132	32	393.394 ± 233.637		

*Genel n=411, *Yüzde ler sütun yüzdesidir

Çalışma kapsamına alınan bireylere “reçete edilen ilaçlarınız hakkında kim tarafından bilgilendiriliyorsunuz” sorusu sorulduğunda %68’i reçete edilen ilaçlar ile ilgili bilgileri doğrudan “doktor”lardan aldığını, % 24’ü “eczacı”lardan, %6’sı “hemşire”lerden, % 2’si ise bu bilgileri “diğer sağlık elemanları” ile “çevresindeki insanlar”dan aldığını belirtmişlerdir.

4.5. Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre reçetesiz ilaç kullanım durumları.

Bireylerin tanıtıcı özellikleriyle reçetesiz ilaç kullanımı arasındaki ilişki Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15 incelendiğinde, çalışmaya katılan “bayan”ların %58’inin “erkek”lerin

ise %75'inin reçetesiz ilaç aldıkları ve cinsiyet faktörü ile reçetesiz ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($X^2=13.396$, $p<0.001$).

Tablo 15. Bireylerin tanıtıcı özellikleriyle reçetesiz ilaç kullanımı arasındaki ilişki.

Tanıtıcı Özellik	Eczaneden Reçetesiz İlaç Alma						Anlamlılık Derecesi	
	Evet	%	Hayır	%	Toplam	%	X^2	p
Cinsiyet								
Bayan	105	58	75	42	180	44	13.396	$p<0.001$
Erkek	174	75	57	25	231	56		
Yaş Grupları								
20-35	127	74	44	26	171	42		
36-50	119	69	54	31	173	42	13.928	$p<0.001$
51 ve Üstü	33	49	34	51	67	16		
Eğitim Durumu								
İlk Okul Mezunları	19	73	7	27	26	7		
Değil								
İlk Okul	46	53	41	47	87	21	11.532	$p<0.01$
Orta-Lise	99	73	37	27	136	33		
Yüksek Okul-Fakülte	115	71	47	29	162	39		
Sağlık Güvence								
Var	232	67	114	33	346	84	0.693	$p>0.05$
Yok	47	72	18	28	65	16		
Medeni Durum								
Evli	187	71	78	29	265	65		
Bekar	64	73	24	27	88	22	12.049	$p<0.01$
Dul	28	48	30	52	58	14		
Hayatın 2/3'nün Geçtiği Yer								
İl	218	69	99	31	317	77		
İlçe	40	61	26	39	66	16	2.367	$p>0.05$
Köy	21	75	7	25	28	28		
Kronik Hastalık								
Var	62	52	56	47	118	29	17.867	$p<0.001$
Yok	217	74	76	26	293	71		

*Genel n=411 *Yüzdelere satır yüzdesidir

En fazla reçetesiz ilacın “20-35” yaş grubunda kullanıldığı, en az reçetesiz ilaç kullanımının ise “51 ve üstü” yaş grubunda olduğu, yaş faktörü ile reçetesiz ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($X^2=13.928$, $p<0.001$).

Eğitim durumu ile reçetesiz ilaç alma arasındaki ilişkiye bakıldığında ise;

“eczaneden reçetesiz ilaç alır mısınız” sorusuna %73 ile en yüksek oranda “evet” cevabı “ilk okul mezunu değil” ile “orta-lise” guruplarından, %53 ile de “ilkokul” gurubundan en düşük oranda “evet” cevabı alındığı tespit edilmiş olup aralarındaki ilişki istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($X^2=11.532$, $p<0.01$).

Yine en fazla reçetesiz ilacın “sağlık güvencesi olmayan” bireylerde kullanıldığı (%72), en az reçetesiz ilaç kullanımının ise “sağlık güvencesi olan” bireylerde kullanıldığı (%67) ve sağlık güvencesi ile reçetesiz ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir ($X^2=0.693$, $p>0.05$).

Medeni durum ile reçetesiz ilaç kullanımı arasındaki ilişkide ise en fazla reçetesiz ilaç kullanan gurubun “bekar” gurubu, (%73) en az ise “dul” (%48) gurubu olduğu ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($X^2=12.049$, $p<0.01$).

Hayatın 2/3’nün geçtiği yer ile eczaneden reçetesiz ilaç alma arasındaki ilişkide ise en fazla “köy” (%75) gurubunun, en az ise “ilçe” (%61) gurubunun reçetesiz ilaç kullandığı ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel yönden anlamsız olduğu saptanmıştır ($X^2=2.367$, $p>0.05$).

Yine “kronik hastalığı olan” (%52) bireylerin “olmayanlara” (%74) nazaran daha az eczaneden reçetesiz ilaç aldığı ve aralarındaki ilişkinin istatistiksel yönden anlamlı olduğu belirlenmiştir ($X^2=17.867$, $p<0.001$).

Çalışma kapsamına alınan bireylerin %68’nin “reçetesiz ilaç” kullandıkları ve en fazla reçetesiz olarak sıra ile “ağrı kesici-ateş düşürücü” (%53.5), “vitamin” (%17.4), “antibiyotik” (%13.3), “sindirim sistemi ilaçları” (%7), “sinir sistemi ile ilgili ilaçlar” (%4.3), “hormon” (%2) ve bunların dışında “diğer ilaçlar” (2.5) olmak üzere farklı bir çok ilaç türünü reçetesiz bir şekilde eczanelerden aldıkları saptanmıştır.

Çalışmaya katılan bireylere “reçetesiz ilaç seçiminin nasıl yaptıkları”

sorulduğunda, bireylerin %60'ı daha önceki rahatsızlıklarında iyi gelen ve “doktor tarafından reçete edilen ilaçları” benzer rahatsızlık durumlarında tekrar aldıkları, %18'i “ilaçların prospektüsünü okuyarak”, %7'ü “çevresindekilerin tavsiyeleri ile”, %9'ü “doktor dışında ki hemşire, eczacı ve hasta bakıcı gibi sağlık personelinin tavsiyesi ile” %6'sı ise çok farklı kaynaklara bağlı olarak ilaç seçimini yaptıklarını belirtmişlerdir.



TARTIŞMA

5.1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Sağlık Sorumluluğu Düzeyine İlişkin Bulguların İncelenmesi

Çalışmamıza katılan bireylerin sağlık sorumluluğundan $\bar{x}=21.4$ puan aldıkları saptanmıştır (Tablo 3). Sayan'ın⁴⁸ çalışmasında bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyini $\bar{x}=24.74$, Yetkin ve Uzun⁴⁹ ise $\bar{x}=22.77$ olarak belirlemişlerdir. Bu çalışmalar aynı ilde yapılmış olmasına rağmen elde edilen sonuçların birbirlerinden farklı olması, çalışmaların sürdürüldüğü popülasyonların; yaş, cinsiyet, eğitim ve sosyoekonomik durum gibi farklı demografik özelliklere sahip olmasından kaynaklanmış olabilir.

Yaşla ve sağlık sorumluluğu ile ilgili bulgular incelendiğinde sağlık sorumluluğu düzeyinin yaşla paralel artış gösterdiği, en yüksek düzeyin $\bar{x}=23.149$ ile “51 ve üstü” yaş gurubuna, en düşük düzeyin ise $\bar{x}=20.579$ ile “20-35” yaş gurubunda olduğu ve yaş grupları arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ($F=4.632$, $p<0.01$) (Tablo 4).

Sayan,⁴⁸ Esin,¹⁶ Lusk ve arkadaşları,¹⁸ Kuster ve Fong,²⁷ yapmış oldukları çalışmalar sonucunda sağlık sorumluluğu düzeyinin yaşlılarda daha yüksek olduğunu ve genç yaştakilerde daha düşük seyrettiğini saptamış olup, çalışma sonuçları bizim sonuçlarımız ile paralellik göstermiştir.

Yaşla birlikte artan sağlık sorunlarının, kişinin kendi sağlığı (düzenli kontroller, sık aralıklarla muayeneler ve tetkikler) konusunda da daha duyarlı olmasına etki ettiği ve bunun sağlık sorumluluğu düzeyinde artışa neden olduğu söylenebilir.

Eğitim durumu ile ilgili bulgulara bakıldığında; sağlık sorumluluğu düzeyinin bireylerin eğitim durumunun üzerine önemli bir etkisi olduğu, en yüksek düzeyin $\bar{x}=23.296$ ile “yüksek okul/fakülte mezunu” gurubuna, en düşük düzeyin ise $\bar{x}=18.471$ ile “ilkokul” gurubuna ait olduğu belirlenmiştir. “Fakülte ve yüksek okul mezunları”nın

sağlık sorumluluğu düzeyi ile diğer gruplar arasında ve “orta-lise mezunları” ile “ilkokul mezunu değil” ve “ilkokul mezunları” arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu ve eğitim durumunun sağlık sorumluluğu düzeyi üzerine önemli bir etkisi olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Sayan,⁴⁸ Lusk ve arkadaşları,¹⁸ Kuster ve Fong²⁷ yaptıkları araştırmalarda, eğitim düzeyi ile sağlık sorumluluğu arasında önemli bir ilişki olduğunu ve yüksek okul mezunlarının sağlık sorumluluğu düzeyinin daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Yine bu konuda araştırma yapan Yetkin ve Uzun⁴⁹ çalışmalarında yüksek öğrenim gören öğrencilerin sağlık sorumluluğu düzeyini bizim bulgularımızla uyumlu olarak ortalama 22.77 olduğunu belirlemişlerdir.

Eğitim durumunun yüksek olmasının, bireylerin kendi sağlıklarını koruma ve sağlıkla ilgili tutum ve davranışlar göstermek açısından daha duyarlı ve bilinçli olmasına neden olduğu ve bunun da sağlık sorumluluğu düzeyinin artmasına yol açtığını düşündürmektedir.

Tablo 4’de görüldüğü gibi meslek gruplarının sağlık sorumluluğu düzeyine etkili olduğu görülmüştür ($F=12,688$, $p<0.001$). Meslek guruplarına göre sağlık sorumluluğu düzeyine bakıldığında en yüksek ortalamanın “emekli”lere ait olduğu ($\bar{x}=23.565$), en düşük ortalamanın ise $\bar{x}=17.901$ ile “ev hanımları”na ait olduğu görülmüştür ve post hoc karşılaştırma sonuçlarına göre, “ev hanımları” ile “işçiler” hariç diğer gruplar arasında , “işçilerle” “memur” ve “emekliler” arasında biyometrik olarak önemli bir fark olduğu saptanmıştır.

Emekli bireylerin diğer guruplara göre sağlık sorumluluğu düzeyinin daha yüksek olması bu bireylerin sağlık konusundaki bilgi, görgü, deneyim ve tecrübelerinin yaşlanmayla birlikte artmasıyla ilintili olabilir.

Bireylerin medeni durumları ile ilgili yapılan analizlerin sonucu incelendiğinde

sağlık sorumluluğu düzeyinin $\bar{x}=25.293$ ile en yüksek düzeyde “dul” bireylere, en düşük düzeyde ise $\bar{x}=20.245$ ile “evli” bireylere ait olduğu ve gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu ($F=20.092$, $p<0.001$) (Tablo 4) görülmüştür. Farklılığın hangi guruplardan kaynaklandığına bakıldığında ise bu farklılığın “dul” bireyler ile “evli” ve “bekar”lar ve yine “bekar”lar ile “evli”ler arasından kaynaklandığı belirlenmiştir (Duncan test, $p<0.05$).

Bu durum dul bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyinin evlilere nazaran daha yüksek olması üslendikleri yükümlülüğü paylaşabilecek bir eşe sahip olmamalarından dolayı, bu sorumluluklarının üstesinden gelebilmek için sağlıklarına muhtemelen daha çok dikkat ettikleri ve yine bekar bireylerde dul ve velilere göre eş, çocuk, ev sorumluluğuna daha az sahip olduklarından sağlıklarına ayıracak vakit ve imkana sahip oldukları düşündürmektedir.

Bu konuda yapılan gerek yurt içi gerekse yurt dışı çalışmalar incelendiğinde medeni durumla ilgili çok farklı sonuçların elde edildiği görülmüştür. Sayan’ın⁴⁸ bu konuda elde ettiği sonuçlar bizim sonuçlarımızla uyumlu olmasına rağmen, Lusk ve arkadaşları,¹⁸ Ahijevych ve Bernhard²⁸ bireylerin medeni durumları ile sağlık sorumluluğu arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olmadığını belirlemişlerdir.

Çalışmamızda, bireylerin yaşamlarının büyük bir bölümünü geçirdikleri bölgeler ile sağlık sorumluluğu arasında yakın bir ilişki olduğu ve en yüksek ortalamanın “il” ve “ilçe” gurubuna, en düşük ortalamanın “köy” gurubuna ait olduğu ve “köy” gurubu ile hem “il” hem de “ilçe” grubu arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu saptanmıştır ($F=4.257$, $p<0.01$) (Tablo 4).

Bizim bu bulgumuzla uyumlu olarak Yetkin ve Uzun’un⁴⁹ da en düşük sağlık sorumluluğunun $\bar{x}=19.84$ ile “köy” gurubuna ait olduğunu belirtmişlerdir.

Bu durum köydeki yaşam şartlarının il ve ilçelere nazaran daha zor olması ve

sağlık hizmetlerine ulaşım imkanlarının daha kısıtlı olması yanında ekonomik ve kültürel farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Diğer taraftan çalışmamızda cinsiyet, sağlık güvencesi ile kronik hastalığı olan ve olmayan bireyler arasında sağlık sorumluluğu yönünden istatistiksel olarak önemli bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$), (Tablo 5).

Yetkin ve Uzun'un⁴⁹ çalışma sonuçları da bizim bulgularımızla paralellik göstermiş olup; bu araştırmacıların çalışmasında sağlık sorumluluğu ile cinsiyet arasında bir ilişki olmadığını belirlemişlerdir.

Ortalama aylık gelir miktarı ile sağlık sorumluluğu arasındaki ilişki incelendiğinde, gelir seviyesinin artmasıyla birlikte sağlık sorumluluğu düzeyinde artış olduğu ve sağlık sorumluluğu ile bireylerin gelir durumu arasında pozitif bir korelasyon olduğu saptanmıştır ($r=3.3325$, $p<0.001$) (Tablo 4).

Ekonomik durumu daha iyi olan bireylerin refah seviyeleri, gelir düzeyi az olan bireylere nispeten daha yüksektir. Dolayısı ile ekonomik durumu iyi olan bireylerin sağlık harcamalarına ayırabilecekleri bütçenin daha fazla olması nedeniyle bu bireylerin sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanması ve sağlık sorumluluğu düzeyinin daha yüksek olması olası bir sonuçtur.

Sayan,⁴⁸ Kuster ve Fong,²⁷ Johnson ve arkadaşları⁵⁰ ve Esin¹⁶ de yaptıkları araştırmalarda gelir düzeyinin sağlıkla ilgili kararlar almada ve sorumluluk sahibi olmada etkili olduğunu ve gelir düzeyi yüksek olanların sağlık sorumluluğu düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir.

5.2. Bireylerin, İlaç Kullanım İlkeleri ile ilgili Davranışları ve Reçetesiz İlaç Kullanımına Göre Sağlık Sorumluluğu Düzeylerinin İncelenmesi.

İlaç kullanım ilkelerinden “ilacın zamanında eczaneden alınması, önerilen sıklıkta ve dozda kullanılması, önerilen sürede bitirilmesi, açlık-tokluk ilkesi ve son

kullanma tarihlerine uyulması” konusunda sorulan sorulara yönelik alınan cevaplar incelendiğinde hepsinde “evet” cevabı verenlerin sağlık sorumluluğu düzeylerinin daha yüksek olduğu (sırasıyla $\bar{x}=21.695$, $\bar{x}=21.891$, $\bar{x}=21,602$, $\bar{x}=23.963$, $\bar{x}=21.649$, $\bar{x}=21.741$) ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.001$, $p<0.01$), (Tablo 6). Yine tablo 6’daki son iki ilaç kullanım ilkesinden olan “başkalarına kullanması için ilaç verme” ve “başkalarından ilaç alma” sorusuna “hayır” cevabı verenlerin sağlık sorumluluğu düzeyinin daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın anlamlı bulunduğu saptanmıştır (sırasıyla; $\bar{x}=22.100$, $t=2.43$, $p<0.01$, $\bar{x}=22.252$, $t=3.30$, $p<0.001$).

“Eczaneden reçetesiz ilaç alır mısınız” sorusuna “hayır” diyenler de “evet” diyenlere göre daha yüksek sağlık sorumluluğu düzeyine sahip olup ($\bar{x}=22.136$) aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır ($t=1.96$, $p<0.05$).

Elde edilen bu bulgulara dayalı olarak, sağlık sorumluluğu düzeyi ile ilaç kullanım ilkelerine uyma ve reçetesiz ilaç kullanma arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve sağlık sorumluluğu düzeyi yüksek olan bireylerin ilaç kullanım ilkeleri ve reçetesiz ilaç kullanımı konusunda daha pozitif davranışlar gösterdiği söylenilebilir.

5.3.Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlaç Kullanım İlkeleri ve Reçetesiz İlaç Kullanımı İle İlgili Davranışlar Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 7’de görüldüğü gibi, ilaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlar ve cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Diğer taraftan Tablo 8’e bakıldığında ilaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların yaş guruplarına göre dağılımında sadece ilacı önerilen dozda alma ile yaş gurupları arasında önemli bir ilişki olduğu görülmektedir ($X^2=6.255$, $p<0.05$). “İlacınızı önerilen dozda alır mısınız sorusuna” en yüksek düzeyde “evet” diyenlerin %97 ile “20-35”yaş gurubuna, en düşük düzeyde “evet” diyenler ise %90 ile “36-50” yaş gurubuna ait olduğu görülmüştür.

Daha önce yapılan çalışmalarda da yaşlılarda ve genç erişkinlerde hekim önerilerine uymama durumunun daha fazla olduğu ve reçete edilen ilaçların yanlış kullanımının giderek arttığı belirlenmiştir.^{5,51,52} Bu konu ile ilgili yapılan bir araştırmada, yaşlı şahıslarda reçete ile alınan bir ilacın günde 4 defa kullanılmasının gerektiği durumda, hastaların % 70'inin, 3 defa kullanılması durumunda % 60'ının, 2 defa kullanılması durumunda % 30'unun ve 1 defa kullanılması durumunda ise bu hastaların %7'sinin ilaç alınışında hata yaptıkları belirlenmiştir. Bu nedenle son zamanlarda bazı ilaçların günde bir defalık dozu artırılarak, tekrarlardan kaçınılmaya çalışıldığı ifade edilmektedir.⁵²

Sonuçlarımız ve bunu destekleyen literatürler^{5,51,52} göz önüne alındığında yaştan istendik sağlık davranışını, bunun üzerinde etkili olan bir çok faktör gibi bilinçli ilaç kullanım ilkelerini etkilediği özellikle zihinsel kapasiteyle ilgili olan ilaç dozu ilaç zamanı vs durumlarda önemli bir değişken olduğu söylenilebilir.

Tablo 9 incelendiğinde eğitimin, ilaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlar üzerine en etkili faktör olduğu ve “ilacın zamanında eczaneden alınması” dışındaki bütün parametreler ile bireylerin eğitim durumları arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Buna göre, “ilacın önerilen sıklıkta kullanılması”na “evet” diyenlerden %92'sinin “yüksek okul-fakülte” ile “orta-lise mezunları” olduğu bulunmuştur. Çavdaroğlu⁷ ise eğitim düzeyi ilköğrenim ve okur-yazar olmayan annelerin %58'sinin, eğitim düzeyi orta ve yüksek-öğrenim olan annelerin ise %20'sinin ilacı önerilen sıklıkta kullanma ilkesine uymadıklarını tespit etmiştir.

Dolayısıyla sonuçlarımız doğrultusunda eğitim seviyesi yükseldikçe ilaç kullanım ilkelerinden önerilen sıklıkta kullanıma uyma davranışının arttığı söylenebilir. Çavdaroğlu'nun⁷ bulguları da bizim sonuçlarımızı ve yorumumuzu destekler

niteliktedir.

“İlacın önerilen dozda alınması” ile eğitim durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında en fazla “evet” diyenleri %98 ile “yüksek okul-fakülte mezunu” gurubunda olduğu en az düzeyde “evet” diyenlerin ise %83 ile “ilkokul mezunu” gurubuna ait olduğu saptanmıştır. Yine Çavdaroğlu⁷ eğitim düzeyi ilköğrenim ve okur-yazar olmayan annelerin %31’inin, eğitim düzeyi orta ve yüksek-öğrenim olan annelerin ise %27’ sinin önerilen doz ilkesini ihlal ettiğini belirtmiştir.

Bu durum Çavdaroğlu’nun⁷ bulguları ile bizim bulgularımızın paralellik gösterdiğini eğitimin, önerilen dozda ilaç alınması üzerinde önemli bir faktör olduğunu göstermektedir.

“İlacın önerilen sürede bitirilmesi” ile eğitim durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında sonuç anlamlı çıkmış ($X^2=15.629$, $p<0.001$) ve “yüksek okul-fakülte mezunları”nın %89 ile “evet” dediği, en az “evet” diyenlerin ise %74 ile “ilkokul mezunu” grup olduğu bulunmuştur.

İlacın önerilen sürede bitirilmesi için önerilen dozda alınması gerekir. Dolayısıyla “önerilen dozda ilaç alımında” önemli bir faktör olan eğitim düzeyinin aynı etkiyi “önerilen sürede bitirilmesi” üzerinde de göstermesi beklenen bir durumdur.

“İlacı kullanırken açlık-tokluk ilkesine uyma” ve “ilacın son kullanma tarihlerine dikkat etme” ile eğitim durumu arasındaki ilişkiye bakıldığında; bu kurallara en fazla “yüksek okul-fakülte mezunları” ve “orta-lise mezunlarının” uyduğu belirlenmiştir (Tablo 9). Çavdaroğlu⁷ bu iki ilkeyi, ilköğrenim ve okur-yazar olmayan annelerin sırasıyla %88, %89’inin, orta öğrenimdekilerin %87’sinin, yüksek öğrenimdekilerin ise hepsinin ilke ihlali yaptığını bildirmiştir. Erdem⁵ evlerde fazla ilaç bulundurma ile ilgili yaptığı araştırmasında, evlerdeki fazla ilaçların %22.7’sinin son kullanım tarihinin geçtiğini ve bu durum ile bireylerin eğitim durumu arasında istatistiksel olarak ilişki

olmadığını tespit etmiştir.

Sonuçlarımızın Çavdaroglu⁷ ve Erdem'in⁵ sonuçlarından farklı olup, bizim sonuçlarımıza göre eğitimin diğer tüm parametrelerde olduğu gibi bunda da önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

“Doğru kişi” ilkesine uyma durumu araştırıldığında, “başkalarına kullanması için ilaç verir misiniz” sorusuna “hayır” diyenler %62 ile “yüksek okul-fakülte” gurubuna, daha sonra %46 ile “orta-lise” gurubuna ait olduğu bulunmuştur. “Başkalarından ilaç alır mısınız” sorusuna “hayır” diyenler en yüksek oranda (%69) “yüksekokul-fakülte mezunları”, daha sonra sırası ile “orta-lise”, (%54) “ilkokul mezunu değil”, (%42) “ilkokul” (%39) guruplarından oluşmuştur. Eğitim ile doğru kişi ilkesine uyma arasındaki ilişki (başkasına ilaç verme ve başkasından ilaç alma) anlamlı bulunmuştur (sırasıyla; $X^2=15.544$, $p<0.001$, $X^2=23.723$, $p<0.001$) (Tablo 9). Doğru kişi ilkesine ilişkin Çavdaroglu'nun⁷ sonuçları ise; eğitim düzeyi düşük yada olmayan annelerin %16'sının kendi antibiyotiğini çocuğuna kullandığını, %41'inin ise başka çocuğun antibiyotiğini kullandığını, eğitim düzeyi orta yada yüksek olan annelerin de %7'sinin kendi antibiyotiğini çocuğuna kullandığını %25'inin ise başka çocuğun antibiyotiğini kullandığını göstermektedir. Çavdaroglu'nun⁷ bu bulguları bizim sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Tablo 10'a bakıldığında ilaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların bireylerin sağlık güvencesine göre dağılımlarında, “ilacınızı zamanında eczaneden alır mısınız” ilkesi ile sağlık güvencesi arasında anlamlı bir ilişki olup ($X^2=13.485$, $p<0.001$) “sağlık güvencesi olanlarda” %95, “olmayanlar” da ise %83 düzeylerinde seyrettiği görülmüştür. Yine sağlık güvencesi ile ilaç kullanım ilkeleri arasındaki bir diğer anlamlı ilişkide, bireylerin başkalarından ilaç alıp almaması parametresinde rastlanmıştır ($X^2=4.032$, $p<0.05$). “Sağlık güvencesi olanların” %42'si başkalarından ilaç alırken,

“olmayanların” ise %55 oranında başkalarından ilaç aldığı saptanmıştır. Bununla birlikte ilaç kullanma ilkeleri ile ilgili davranışlardan; “ilacın önerilen sıklıkta kullanılması”, “önerilen dozda alınması”, “önerilen sürede bitirilmesi”, “açlık-tokluk ilkesine uyulması”, “son kullanma tarihine bakılması” ve “başkalarına ilaç verilmesi” ile “sağlık güvencesinin olup olmaması” arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Bu sonuçlar ilaçlı tedaviye başlanması ve bu tedavinin idame ettirilebilmesi için sağlık güvencesinin önemli bir faktör olduğunu, ayrıca sağlık güvencesi olan bireylerin başkalarından ilaç alma veya ihtiyaç gösterme eğiliminin daha az olduğunu göstermektedir. Sosyal refah düzeyi çok iyi olmayan bütün gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi, bizim ülkemizde de bireylerin sağlık hizmetlerinden eşit şekilde faydalanamadığı, özellikle sosyal veya sağlık güvencesi olmayan bireylerin sağlık sorunlarını çözümlemede güçlüklerle karşılaştığı bilinmektedir. Bu nedenle de sağlık güvencesi olmayan bireylerin özellikle ilaç masraflarını karşılamada güçlük yaşadıkları, buna bağlı olarak ilaçlarını uygun zamanda eczanelerden alamadıkları ve kendi imkanları çerçevesinde sorunu halletmeye çalıştıkları düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık güvencesi imkanlarının artırılmasının bu problemin çözümlenebilmesi için önemli bir etkisi olabileceği kanaatindeyiz.

Çavdaroğlu⁷ çalışmasında sosyal güvencesi olan bireylerin %94'ünün, olmayanların ise %87'sinin reçete edilen ilacını zamanında eczaneden aldığını belirtmiştir. Yine Çavdaroğlu⁷ doğru kişi ilkesine uyma durumuna baktığında, sosyal güvencesi olan annelerin %28'inin başka çocuğun antibiyotiğini kendi çocuğuna kullandığını, %3'ünün kendi antibiyotiğini çocuğuna kullandığını tespit etmiştir.

Çavdaroğlu'nun⁷ bulguları bizim bulgularımızı destekler nitelikte olup, sosyal güvencesinin önemli bir faktör olduğu görülmektedir.

Bununla birlikte Türkiye’de geleneksel komşuluk ve akrabalık ilişkileri içerisinde kişilerin birbirlerine ilaç tavsiye ettikleri ve müessese hekimine kendileri ve yakınları için reçete yazdırma gibi durumların olduğu belgelenmiş olmamasına rağmen bilinmektedir.¹⁰ Erdem ve arkadaşları⁵ ailelerin %53.7’sinin aynı sorunlara sahip olan bireylere kendi ilaçlarını verdiklerini belirlemişlerdir. Ayrıca sağlık sigortası sistemlerindeki yetersizlik, uygunsuz tedavi yardımlarının ve geri ödeme koşullarında ki güçlük tüm dünyada akılcı olmayan reçete yazma nedenleri arasında sayılmaktadır.¹⁰

Çalışmamızdan elde edilen bulgular ve ilgili araştırmalardan elde edilen sonuçlar^{5,7} göz önünde bulundurulduğunda, herhangi bir sosyal veya sağlık güvencenin olmamasının uygun ve akılcı olmayan sağlık davranışlarına yol açabileceği söylenilebilir.

İlaç kullanım ilkelerinin kronik bir hastalık olup olmamasına göre dağılımları incelendiğinde, “kronik hastalığı olan” bireylerin %86’sının, “olmayanlar”ın ise %94’nün ilaçların “son kullanma tarihlerine dikkat ettikleri”, “kronik hastalığı olan” bireylerin %58’nin, “olmayanlar”ın ise %46’nın “başkalarına kullanması için ilaç verdikleri” ve yine “kronik hastalığı olan” bireylerin %53’nün, “olmayanların” ise %40’nın “başkalarından kullanmak için ilaç aldıkları” ve bu parametreler ile herhangi bir kronik hastalık olup olmaması arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır (sırasıyla; $X^2=6.854, p<0.01$, $X^2=4.761, p<0.05$, $X^2=5.872, p<0.01$) (Tablo 13). Bu durum kronik hastalığı olan bireylerin herhangi bir nedenden dolayı kendi rahatsızlıklarına yeterli önemi vermemeleri veya hastalıklarına karşı yeterince duyarlı olmamalarından veya rahatsızlıklarının ciddiyeti hakkında yeterli bilgiye sahip olmamalarından, ayrıca sürekli bir ilaç tedavisi görmenin vermiş olduğu yılgınlıktan kaynaklanmış olabilir.

Çalışmaya katılan bireylere “reçete edilen ilaçların kullanımı hakkında kim

tarafından bilgilendirildikleri” sorulduğunda, bireylerin %68.5’i “doktor”, %24’ü “eczacı”, %5.5’i “hemşire”, %2’si ise “bunların dışındaki herhangi bir sağlık personeli” veya “çevresindeki kişilerden” bu bilgileri elde ettiğini belirtmişlerdir.

Hastanede yatan hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, hastalar kullandıkları ilaçların kullanımı hakkında hekimlerin ortalama 10.5 dakika, eczacıların 5.3 dakika, hemşirelerin ise 4.9 dakika harcadıklarını ifade etmişlerdir.⁵³

Erdem ve arkadaşları⁵ çalışmalarında ailelerin %96.6’nın ilaçlar konusunda bilgilendirildikleri ve bu bilgiyi % 76.7’nin doktorlardan %13.4 eczacı, %7.1 ise hemşirelerden aldıklarını belirtmişlerdir.

Bu bulgular da bizim sonuçlarımızla uyumlu olup, bireylerin reçete edilen ilaçlar konusunda en fazla doktorlar tarafından en az da hemşireler tarafından bilgilendirildikleri belirlenmiştir.

Hastanın durumunu etraflı bir şekilde inceleyip tanı konudan sonra mevcut ilaçlar arasından en uygununu seçecek ve buna göre reçete yazacak olan kişi hekim olduğu için, hekimin yükümlülüğü ve davranışı rasyonel ilaç kullanımının birincil önemdeki ögesini oluşturur. Hekimin bilgi verişinde birinci sırada oluşunun nedeni de budur. Ancak hastane içinde ilaç kullanımında ve polikliniklerde reçete ile ilgili olarak hekimin hastaya verdiği bilginin pekiştirilmesinde hemşire ve diğer sağlık hizmeti personelinin de katkısı vardır. Bu nedenlerle yalnızca hekimlerin değil, yukarıda söz edilen tüm sağlık meslek gruplarının hepsine belli bir sorumluluk düştüğü vurgulanmalıdır.

Çalışmamıza katılan bireylerin % 68’inin eczanelerden reçetesiz ilaç aldıkları tespit edilmiştir (Tablo 14). Ergül ve Yürügen⁸ ise çalışmalarında bireylerin %88.6’nın, Fadıloğlu ve arkadaşları³ %88.33, Erdem ve arkadaşları⁵ ise bireylerin %39.5’nin reçetesiz ilaç kullandıklarını belirlemişlerdir. Bununla birlikte yapılan çalışmalarda

erişkinlerin sadece kendileri için değil aynı zamanda çocukları için de bu tür davranışlarda bulundukların göstermektedir^{7,54} Bryant ve Mason⁵⁴ çalışmalarına dahil etmiş oldukları çocukların %97.5'inin ebeveynleri tarafından self-medikasyona tabi tutulduğunu, anne ve babaların sadece %21'inin çocuklarının self-medikasyonuna karar vermeden önce tıbbi bir tavsiyeye baş vurduklarını belirlemişlerdir.

Daha önce yapılan çalışmalar ve çalışmamızdan da görüldüğü gibi ülkemizde reçetesiz ilaç kullanımı oranı oldukça yüksektir. Bu durum hem toplum sağlığı yönünden önemli problemlerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Çünkü bazı ilaçlar uygun şekilde kullanılmalarına rağmen bu ilaçlara karşı tolerans ve rezistans gelişebildiği ayrıca yan etkiler ve ilaç bağımlılığına varan kötü sonuçların ortaya çıktığı hatta ölümlere neden olduğu günümüzde kesin olarak bilinmektedir. Bu zeminde ilaçların hekim reçetesi veya tavsiyesi olmadan reçetesiz olarak kullanımı, ilaç kullanımının en tehlikeli boyutunu oluşturduğu açık bir gerçektir. Bu nedenle, hastaların özellikle istenmeyen ilaç etkileşimlerinden korunabilmesi için reçetesiz ilaç kullanımının önüne geçilerek, insanların bu konuda bilgilendirilmeleri ve yine hekim, hemşire ve eczacının birbiriyle bilgi alışverişinde bulunması ve bütün sağlık ekibinin üzerine düşen görevleri yerine getirmesinin bu problemin çözülmesinde faydalı olabileceği kanaatindeyiz.

5.4. Reçetesiz İlaç Kullanımı İle İlgili Bulguların İncelenmesi

Çalışmamızda, sağlık güvencesi ve bireylerin yaşamlarının büyük bir kısmını geçirdikleri yerleşim birimleri dışında kalan bütün tanıtıcı özellikler ile reçetesiz ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Tablo 15'de görüldüğü gibi “bayan”ların %58'nin, “erkek”lerin ise %75'inin reçetesiz ilaç aldıkları ve cinsiyet farklılığı ile reçetesiz ilaç alınması arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu ($X^2=13.396$, $p<0.001$) belirlenmiştir.

Bizim bu bulgularımıza karşılık yurt dışında yapılmış olan bazı çalışmalarda kadınların daha yüksek oranda reçetesiz ilaç kullandıkları ifade edilmiştir.⁵⁴⁻⁵⁸ Bu durum çalışmaların yapıldığı ülke veya toplumların sosyo-ekonomik ve kültürel farklılıklarından kaynaklanmış olabilir. Çünkü çalışmamızda, bayanların büyük bir kısmını dış ortamla daha az ilgisi olan ve daha çok ev ortamına bağımlı olan ev hanımlarının oluşturduğu görülmektedir.

Bununla birlikte yine bu çalışmalarda ilaç kullanımının özellikle reçeteli ilaç kullanımının yaş ile arttığını belirlenmiştir.⁵⁴⁻⁵⁸ Araştırmacıların bu bulgularıyla uyumlu olarak çalışmamızda en fazla reçetesiz ilaç tüketiminin “20-35” yaşları arasında (%74) olduğu ve yaşın ilerlemesi ile bu davranışın sıklığının giderek azaldığı ve yaş faktörü ile reçetesiz ilaç tüketimi arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu saptanmıştır ($X^2=13.928$, $p<0.001$).

Antonov ve Isacson⁵⁹ kadınların erkeklerden daha fazla reçeteli ve reçetesiz analjezik kullandıklarını, kadınların %12.2 sinin bu ilaçları reçeteli, %30.4’nün ise reçetesiz aldıkları, erkeklerin ise %7.2’sinin reçeteli, %20’nin reçetesiz aldıklarını belirlemişlerdir. Yine bu araştırmacılar bizim bulgularımızla uyumlu olarak reçetesiz ilaç kullanımının 18 ile 44 yaşları arasında daha yaygın olduğunu saptamışlardır.

Simons ve arkadaşları⁵⁷ birden fazla reçeteli ilaç kullanan bayanların %76’sının erkeklerin ise %56’sının birden fazla reçetesiz ilaç kullandıklarını belirlemişlerdir. Yaşlı bireylerde birden fazla ilaç kullanımının son altı ayda hastanede kalma (hospitalizasyon), yaş, cinsiyet, depresyon, yaşam düzeni ve eğitimle ilişkili olduğunu, birden fazla reçetesiz ilaç kullanımının ise daha çok bayanlar arasında daha fazla olduğu ve depresyonun artması ile arttığını belirlemişlerdir.

Diğer taraftan çalışmamızda bireylerin eğitim durumları ile reçetesiz ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu ($X^2=11.532$, $p<0.01$) ve

en fazla reçetesiz ilaç kullanımının “ilk okul mezunu değil” ile “orta-lise” gurublarındaki bireyler (%73) arasında yaygın olduğu belirlenmiştir.

Fillenbaum ve arkadaşları⁵⁸ yaşlı bireyler üzerinde yaptıkları çalışmalarında eğitim düzeyinin düşük olması ile reçetesiz ilaç kullanımının attığını belirlemişlerdir. Fadiloğlu ve arkadaşları³ orta ve lise mezunlarının en fazla reçetesiz ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir.

Çalışma sonuçlarımız ilgili çalışmalarla uyumludur.

Çalışmamızda herhangi bir kronik hastalığın olup olmaması ile reçetesiz ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($X^2=17.867$, $p<0.001$) (Tablo 15). Bununla birlikte kronik hastalığı olan bireylerin ilaç kullanım ilkelerine daha az uymalarına rağmen, bu bireylerin reçetesiz ilaç kullanımı konusunda çok hassas davrandıkları ve kronik hastalığı olmayan bireylere nazaran daha az oranda reçetesiz ilaç kullandıkları gözlenmiştir. Biz bu durumun, daha ziyade kronik hastalığı olan bireylerin ilaç masraflarını bir sağlık kurumu tarafından karşılanması yolunu tercih etmelerinden kaynaklanmış olabileceğini düşünüyoruz. Çünkü kronik hastalığı olan bireyler genellikle sürekli ilaç kullanma zorunluluğunda olduklarından dolayı, bu ilaçların reçetesiz olarak alınması kendilerine ekstra ve önemli düzeyde bir ekonomik yük getirebileceği açık bir gerçektir.

Bireylerin medeni durumu ile reçetesiz ilaç kullanımı arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($X^2=12.049$, $p<0.01$). Medeni durum ile reçetesiz ilaç kullanımı arasındaki ilişkide; en fazla “bekar” bireylerin, buna karşılık en azda “dul” bireylerin reçetesiz ilaç kullandıkları saptanmıştır (Tablo 15).

Dulların daha az oranda reçetesiz ilaç kullanmaları bu grubu oluşturan bireylerin yaşam hakkında daha deneyimli olmalarına paralel olarak sağlık konusunda ki artan tecrübeleri ile birlikte ilaç kullanımı konusunda daha deneyimli bir hale gelmelerinden,

buna karşılık bekar bireylerin daha fazla reçetesiz ilaç kullanmaları ise bu konularda daha az deneyimli veya tecrübeli veya duyarlı olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda gelir seviyesi daha az olan bireylerin daha fazla reçetesiz ilaç kullandıkları tespit edilmiştir. Daha önce yapılan çalışmalarda bireylerin gelir seviyesi ile reçetesiz ilaç tüketimi arasında önemli bir ilişki olduğu belirtilmiştir.^{5,54}

Gelir düzeyi düşük olan bireylerin daha yüksek oranda reçetesiz ilaç kullanması, bu bireylerin gelir seviyelerinin düşük olmasından dolayı doktor muayenesi veya tedavi masraflarından kaçınarak kendi kendini tedavi etme girişiminde bulunmalarından kaynaklanmış olabilir. Çalışma kapsamına alınan bireyler tarafından reçetesiz olarak en fazla ağrı kesicilerin kullanılması da (%53.5) bizim bu yorumumuzu destekler niteliktedir. Çünkü ağrı kesici-ateş düşürücü ilaçların, semptomatik tedavide ilk tercih edilen ve en fazla kullanılan ilaç grubunu oluşturduğu bilinmektedir.^{5,9,51,60} Dolayısı ile ağrı kesicilerin reçetesiz olarak en fazla alınması veya kullanılması şaşırtıcı bir sonuç değildir. Zira çalışmamızda reçetesiz olarak sıra ile en fazla “ağrı kesici-ateş düşürücü” (%53.5), “vitamin” (%17.4), “antibiyotik” (%13.3), “sindirim sistemi ilaçları” (%7), “sinir sistemi ile ilgili ilaçlar” (%4.3), “hormon” (%2) ve bunların dışında “diğer ilaçlar” (2.5) olmak üzere farklı bir çok ilaç türünü reçetesiz bir şekilde eczanelerden aldıkları saptanmıştır.

Erdem ve arkadaşları,⁵ reçetesiz alınan ilaçların %76.5’ni ağrı kesiciler, %14.5’ni antibiyotiklerin oluşturduğunu belirtmiş olup bu bulgular araştırma sonucumuzu destekler niteliktedir.

Ağrı kesici-ateş düşürücü ilaçlar, vitaminler ve sindirim sistemi ilaçlarının bir kısmı ülkemizde reçetesiz olarak eczanelerden alınabilmektedir. Fakat bu grup ilaçların dışında kalan antibiyotik, sinir sistemi ilaçları ve hormonlar mutlaka hekim reçetesi ile alınması gereken ilaçlardan olup çalışmamızda reçetesiz olarak alınabilecek olan

ilaçların yanında bu ilaçlarında reçetesiz olarak alınabildiği de tespit edilmiştir. Bu halkımızın ilaçların muhtemel olumsuz etkileri konusunda bilinçsiz olukları ve kurumlarının veya sağlık ekiplerinin özellikle eczacıların sorumlu oldukları yükümlölükleri yeterince yerine getirmediklerini göstermektedir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma kapsamına alınan bireylerin sağlık sorumluluğundan aldıkları en düşük ve en yüksek değerlerin 10-37 arasında olduğu ve bu bireylerin ortalama sağlık sorumluluğu düzeyinin ortalama ($\pm$ SD) 21.401 ± 5.962 olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya alınan bireylerin seçenek ortalamasına (2.1 ± 0.5) göre “bazen” şikkına tesadüf etmesi nedeniyle sağlık sorumluluğu düşük düzeyde bulunmuştur.

Bireylerin sağlık sorumluluğu alt gurubundan aldıkları puanlar ile bireylerin tanıtıcı özelliklerinden; yaş, meslek gurupları, eğitim ve medeni durumları ile hayatlarının büyük bir kısmını geçirdikleri yerleşim birimlerinin sağlık sorumluluğu üzerine etkili olmasına karşın, cinsiyet, sağlık güvencesinin ve kronik hastalığın olup olmaması üzerine etkili olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Bu sonuçlara göre “51 ve üstü” yaş guruplarında ($\bar{x} = 23.149$), “yüksek okul-fakülte mezunlarında” ($\bar{x} = 23.296$), emeklilerde ($\bar{x} = 23.565$), dullarda ($\bar{x} = 25.293$), ilçede daha çok yaşayanlarda ($\bar{x} = 21.909$) sağlık sorumluluğu düzeyi daha yüksek bulunmuştur.

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlar ve reçetesiz ilaç kullanımına göre sağlık sorumluluğu düzeyi incelendiğinde olumlu davranışlar gösteren bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyinin göstermeyenlere nazaran daha yüksek olduğu ve bu bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyi arasında istatistiksel olarak önemli bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Bu durum bireylerin sağlık sorumluluğu düzeyinin ilaç kullanım ilkeleri ve reçetesiz ilaç kullanımı üzerine önemli bir etkisi olduğunu ve halkın bu konuda daha da bilinçlendirilmesinin önemini göstermektedir.

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışların yaş guruplarına göre dağılımı incelendiğinde, yalnızca ilacı önerilen dozda almakla yaş gurupları arasında bir ilişki tespit edilmiş olup, %97 ile en yüksek oranda evet cevabı 20-35 yaş gurubuna ait olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Bireylerin eğitim durumunun “ilacı zamanında eczaneden alma” dışındaki bütün ilaç kullanım ilkeleri ile ilgili parametreler üzerine çok önemli bir etkisi olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İlaç önerilen sıklıkta kullanır mısınız sorusuna (%92) ile orta-lise ve yüksek okul-fakülte mezunlarının, ilacı önerilen dozda alır mısınız sorusuna (%97) ile yüksek okul-fakülte mezunlarının, ilacı önerilen sürede bitirir misiniz sorusuna (%90) ile orta-lise mezunlarının, ilacı kullanırken açlık-tokluk ilkesine uygun kullanır mısınız sorusuna (%94) ile yüksek okul-fakülte mezunlarının, ilaçların son kullanma tarihine dikkat eder misiniz sorusuna (%96) ile orta-lise mezunlarının en yüksek oranda evet dediği belirlenmiştir. Başkalarına kullanması için ilaç verir misiniz sorusuna (%62) ile yüksek okul-fakülte mezunlarının, başkalarından ilaç alır mısınız sorusuna (%69) ile yüksek okul-fakülte mezunlarının en yüksek oranda hayır cevabı verdiği tespit edilmiştir.

İlaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlardan yalnızca, ilacı zamanında eczaneden almakla, başkalarından ilaç almak sağlık güvencesinin olup olmamasından etkilenmiştir ($p<0.05$). İlaç zamanında eczaneden alır mısınız sorusuna (%95) ile sağlık güvencesi olanlar en yüksek oranda evet demişlerdir. Başkalarından ilaç alır mısınız sorusuna da yine (%58) ile sağlık güvencesi olanlar en yüksek oranda hayır demişlerdir. Bu sonuçlar ilaçlı tedaviye başlanması ve bu tedavinin idame ettirilebilmesi için sağlık güvencesinin önemli bir faktör olduğunu, ayrıca sağlık güvencesi olan bireylerin başkalarından ilaç alma veya ihtiyaç gösterme eğiliminin daha az olduğunu göstermektedir. Bu nedenle sağlık güvencesi imkanlarının artırılması ve halkın eşit şartlarda sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesi için etkili girişimlerde bulunulması bu problemin çözülmesinde faydalı olabilir.

Kronik hastalık olup olmaması ile ilaç kullanım ilkeleri ile ilgili davranışlardan; ilacı zamanında eczaneden alma, önerilen sıklıkta kullanma, önerilen dozda kullanma,

önerilen sürede bitirme, açlık-tokluk ilkesine uyma parametreleri arasında önemli bir ilişki olmadığı; son kullanma tarihine dikkat etme, başkalarına ilaç verme ve başkalarından ilaç alma parametreleri ile istatistiksel olarak önemli bir ilişkisi olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Bununla birlikte ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz sorusuna %94 ile en yüksek oranda evet cevabı kronik bir hastalığı olmayan bireylerden, başkalarına kullanması için ilaç verir misiniz sorusuna %54 ile kronik hastalığı olmayanların, başkalarından ilaç alır mısınız sorusuna da yine %60 ile kronik bir hastalığı olmayanların en yüksek oranda hayır cevabı verdikleri tespit edilmiştir. Bu sonuçlar kronik hastalığı olan bireylerin beklenenin aksine ilaç kullanım ilkelerine daha az riayet ettiklerini göstermektedir. Bu nedenle bu bireylerin bu konuda daha fazla bilgilendirilmesi veya bilinçlendirilmesinin gerekliliği vurgulanmalıdır.

Bireylerin gelir durumları ile eczaneden reçetesiz ilaç alma arasında önemli bir ilişki olduğu ve gelir durumu düşük olanların daha fazla reçetesiz ilaç kullandıkları belirlenmiştir. Bu durum muhtemelen bireylerin gelir seviyelerinin düşük olmasından dolayı doktor muayenesi veya tedavi masraflarından kaçınarak kendi kendini tedavi etme girişiminde bulunmalarından kaynaklanmış olabileceğinden dolayı, daha öncede belirtildiği gibi toplumun eşit olarak sağlık güvencesi imkanlarından faydalanabilmesini sağlamak veya genel anlamıyla genel sağlık güvencesinin işlevlik kazanması bu problemin çözülmesinde etkili olabilir.

Ayrıca çalışmamızda bireylerin %68'i reçete edilen ilaçların kullanımı ile ilgili bilgileri doğrudan doktorlardan aldığını, %24'ü eczacılardan, %6'sı hemşirelerden, %2'si ise bu bilgileri daha farklı kaynaklardan aldığı belirlenmiştir.

Hastane içinde ilaç kullanımında ve polikliniklerde reçete ile ilgili olarak hekimin hastaya verdiği bilginin pekiştirilmesinde başta hemşire olmak üzere diğer sağlık hizmeti personelinin de katkısı vardır. Bu nedenlerle yalnızca hekimlerin değil,

bütün sağlık meslek gruplarının ilaē kullanım ilkeleri ile ilgili bilgileri hastalara sunmaları aēısından, bu bireylerin kendilerine dūşen sorumlulukları yerine getirmelerinin önemi vurgulanmalıdır.

ēalıřma kapsamına alınan bireylerin %68'inin reēetesiz ilaē kullandıkları ve reēetesiz olarak sıra ile en fazla ağrı kesici-ateş dūřtırıcı (%53.5), vitamin (%17.4), antibiyotik (%13.3), sindirim sistemi ilaēları (%7), sinir sistemi ile ilgili ilaēlar (%4.3), hormon (%2), ve bunların dışındaki diğer ilaēlar (%2.5) olmak üzere farklı bir çok ilaē türünü reēetesiz bir şekilde eczanelerden aldıkları saptanmıştır.

Tanıtıcı özelliklerden; sağlık güvencesi ile hayatın büyük bir kısmının geēirildiđi yer dışındaki diğer bütün parametrelerin reēetesiz ilaē kullanımına etkili olduğu görölmüştür ($p<0.05$). Bayanların %42'sinin, 51 ve üstü yaş gurubundakilerin %51'inin, ilkokul mezunlarının %47'sinin, dulların %52'sinin, kronik hastalığı olanların ise %47'inin en yüksek oranda reēetesiz ilaē kullanmadıkları gözlenmiştir.

ēalıřmaya katılan bireylere reēetesiz ilaē seēimini nasıl yaptıkları sorulduğunda, bireylerin %60'ı daha önceki rahatsızlıklarında iyi gelen ve doktor tarafından reēete edilen ilaēları benzer rahatsızlık durumlarında tekrar aldıkları, %18'i ilaēların prospektüsünü okuyarak, %9'u doktor dışındaki sağlık personelinin (hemşire, eczacı ve hasta bakıcı gibi) tavsiyesi ile, %7'si çevredekilerin tavsiyelerine göre, %6'sı ise çok farklı kaynaklara bağlı olarak ilaē seēimini yaptıklarını belirtmişlerdir.

Bu sonuçlar ölkemizde önemli bir boyutta bilinçsiz ve özellikle reēetesiz ilaē tüketildiğini göstermektedir. Sorunun çözümlenebilmesi için öncelikle sorunun iyi tanımlanmış olması gerekir. Bu nedenle bu konu ile ilgili yurdumuzun değişik bölgelerinde farklı çalışmaların yapılması faydalı olabilir.

Akılcı ilaē tedavisi sürecinin önemli bir bileşeni de hastayı gerek hastalığı gerekse tedavisi ile ilgili olarak bilgilendirmektir. Tedavinin başarısı hastanın olaya

katılmasına bağlıdır. Bu nedenle hastalar bu konuda kendisine düşen sorumluluklar hakkında bilgilendirilmeli ve eğitilmelidirler. Hastanın hastalığı hakkında yeterli bilgi almaması ve/veya tedavisi hakkında bilgi ve eğitim eksikliği, hastanın başka hekimlere yönelmesine, yetersiz tedavi edilmesine veya tamamen yanlış uygulamalara yol açabilir. Bu nedenle, kişisel sağlık davranışlarını biçimlendiren nedenlerin, yapısal faktörler üzerinde yoğunlaşması ve insanların kendi sağlıkları ile ilgili tüm faaliyetlere aktif ve olumlu katılımlarının sağlanması için geniş kapsamlı sağlık eğitim faaliyetlerinin başlatılması önerilebilir.

Reçetesiz veya bilinçsiz ilaç kullanımı ile ilgili problemlerin çözülebilmesi için ayrıca soruna hekimlerin, eczacıların, hemşirelerin, diğer sağlık personelinin, hastaların yani halkın, Sağlık Bakanlığı'nın, sağlıkla ilgili meslek örgütlerinin ve fakültelerin katkıları, nicelik ve nitelik açısından belirlenmelidir.

Diğer taraftan reçetesiz veya bilinçsiz ilaç kullanımının hem bireylerin sağlığı hem de ülke ekonomisi üzerine olan olumsuz etkilerinden dolayı, bu konuda kesin ve ciddi önlemlerin alınması önerilebilir.

Ülke ekonomisi ve sağlık yönünden ilaç israfının önlenmesi, etkili bir eğitim ile tüketicilere bilinç kazandırılması, reçetesiz alınan ilaçlara kısıtlama getirilmesi, analjezik, antibiyotik ve vitaminlerin gereksiz kullanımının önlenmesi, sağlık personelinin konuya ilgilerinin artırılması, bu konuda yasal düzenlemeler yapılması, ilaçların gerekli dozlarının kullanılacak doz kadar verilmesi, kullanılmayan ilaçların yeniden kullanıma kazandırılması ve kampanyalar veya televizyon, radyo, gazete, dergi, internet gibi kitle iletişim araçları ile halkın motivasyonunun artırılması önerilebilir.

KAYNAKLAR

1. Fielding JE, Hamoi S, Hossakis PC, Ashton D, Tye G. Halting the illegal sale of prescription medications in Los Angeles Country. J Public Health Management Practice 2001;7:59-64
2. Jhon A Astin. Why patients use alternative medicine: Results of a national study. JAMA 1998;279:1548-1553
3. Fadiloğlu Ç, Yılmaz D, Yürekli A. Toplumda analjezik, antibiyotik ve trankilizan grubu ilaçların kullanımlarının ve bu konudaki bilgilerinin saptanması. Ege Üniv Hemş Yüksek Okulu Derg. 1989;5:1-10
4. Türker K, Kılıçturgay K. Türkiye’de hatalı ilaç kullanımını aksettiren retrospektif bir araştırma. Ankara Tıp Bülteni 1982;4:97-108
5. Erdem Y, Karaaslan Y, Dilmen U. Ankara’nın bir bölgesinde evlerdeki fazla ilaçlar üzerine bir çalışma. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;12:171-174
6. Bodur S, Güler S, Demireli O, Doğan N. Konya’da evlerdeki fazla ilaçlar üzerine bir çalışma. İlaç ve Tedavi Dergisi 1996;9:619-622
7. Çavdaroğlu D. Antibiyotik önerilen 0-6 yaşlar arasındaki çocuklarda annelerin ilaç kullanım ilkelerine uyma durumları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1990
8. Ergül F, Yürügen B. Antibiyotik kullanan hastaların antibiyotik ve kullanımı hakkında bilgi düzeylerinin saptanması. Hemşirelik Bülteni 1989;3:81-87
9. İlaça yılda 2.5 milyar dolar. Güncel Eczacılık Derg 2001;90;8
10. Kayaalp O. Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji. Oktay Ş. Rasyonel ilaç kullanımı. 9. Baskı, Cilt 2, Ankara, 2000;1659-1663
11. Yalçın M, Bardak M. T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri. Yayın No:579.AÇSAP Gn. Müd. Basımevi, Ankara, 1995;99-101

12. Bertan M, Çağatay Güler. Halk sağlığı temel bilgileri. Güneş Kitabevi Ltd Şti Ankara 1995;2-9
13. Lawrence RJ. Housing and health. World Health Forum. March/April 1991;21-22
14. Spellbring AM. Nursing's role in health promotion. Nursing Clin North Am 1991;26:805-814
15. Herkes için sağlık hedefleri (2000). Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi Ofisi, Kopenhag, Ankara, 1 Mart 1986;22-61
16. Esin N. Endüstriyel alanda çalışan işçilerin sağlık davranışlarının saptanması ve geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul, 1997
17. Palank C. Determinant of health promotive behaviors: a review of current research. Nursing Clin North Am 1991;26:815-832
18. Lusk SL, Kerr MJ, Ronis DL. Health-promoting lifestyles of blue-collar, skilled trade, and white-collar workers. Nursing Research 1995;44:20-24
19. Bottorf JL, Jhonson JL, Ratner PA, Hayduk L. The effect of cognitive perceptual factors on health promotion behavior maintenance. Nursing Research 1996;45:30-36
20. Pender NJ, Barkauskas VH, Heyman L, et al. Health promotion and disease prevention: toward excellence in nursing practice and education. Nursing Outlook 1992;40:106-120
21. Ulusal sağlık politikası; Ankara, TC Sağlık Bakanlığı, Mart 1993;39-40
22. Spradley BW. Community health nursing: concepts and practice, 3. Ed. London, Scott fores Com 1990;8-13
23. Erkan G: Ortopedik özürlü çocukların kendini kabul düzeyi üzerine bir

araştırma. İstanbul 1990;1-11

24. Başaran İE. Eğitim psikolojisi. Ankara, Sevinç Matbaası, 1985;26-34
25. Farrand LL, Cox CL. Determinants of positive health behavior in middle childhood. Nursing Research 1993; 42:208-213
26. Lantz PM, House JS, Lepkowski JM, Williams DR et al. Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: Results from a nationally representative prospective study of US adults. JAMA 1998;279:1703-1708
27. Kuster AE, Fong CM. Further psychometric evaluation of the Spanish language health-promoting lifestyle profile. Nursing Research 1993;42:264-269
28. Ahijevych K, Bernhard L. Health-promoting behaviors of African American women. Nursing Research 1994;43:86-89
29. Kayaalp O. Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji. 9. Baskı, Cilt 1, Ankara, 2000;1-199
30. Banoğlu N. Bilinçli ilaç kullanımı. Arhamililer 1996;1:18-20
31. Hwang MY. Bacterial threats. JAMA 1998;280:1288-1300
32. Kusters JG, Kuipers EJ. Antibiotic resistance of Helicobacter pylori. J Applied Microbiol 2001;90:134-144
33.Eczacılar ve antimikrobik kullanımı. Güncel Eczacılık Derg 2000;88;15-16
34. Guillemot D, Carbon C, Balkau B, Geslin P, Lecouer H, Kervrodedan FV, et al. Low dosage and long treatment duration of beta-lactam: Risk factors for carriage of penicilline-resistant Streptococcus pneumoniae. JAMA 1998;279:365-370
35. Low DE, Scheld WM. Editorial: Strategies for stemming the tide of antimicrobial resistance. JAMA 1998;279:394-395

36. Kayaalp O. Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji. 9. Baskı, Cilt 2, Ankara, 2000;1026-1062
37. Kita J. Can pain relievers hurt you? Men's Health 1998;13:80-87
Shuster J. Combining nonprescription medication. Nursing 1998;28:77-78
38. Anonymous. Top 10 things you should know about those over-the-counter pain relievers. Better Nutrition 1998;60:52-54
39. Smith EA. What the patient must know about OTC analgesics. Drug Topics 1998;142:61-62
40. Anonymous. Fewer and pain medication: Getting the dose right. Child Health Alert 2001;19:1-2
41. Butler RN. When healing medicines harm. Geriatrics 1998;53:9-11
42. Naldi L, Conforti A, Venegoni M, Troncon MG, Caputi A, Ghiotto E, et al. Cutaneous reactions to drug. An analysis of spontaneous reports in four Italian regions. Brt J Clin Pharm 1999;48:839-846
43.Eczacıların gelişen dünyadaki yeni rolleri. Güncel Eczacılık Derg 2000;88;12-14
44. Truswell S. Vitaminler. Literatür 1990;12:521-522
45. Karadakovan A. İlaç etkileşimleri ve hemşirenin sorumlulukları. Ege Üniv Hem Yük Okulu Derg 1994;10:65-71
46. Bilgehan H. Genel Mikrobiyoloji ve Bağışıklık Bilimi. Bilgehan Basımevi, İzmir 1983:236-240
47. İdil O. Örnekleme teorisi ve işlemleri yönteminin uygulanması. İstanbul, 1989;242-246
48. Sayan A. Çalışan kadınların sağlığı geliştirici tutum ve davranışları ile öz-bakım gücü arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Doktora tezi, Erzurum, 1998.

49. Yetkin A, Uzun Ö. Eğitimi sağlıkla ilgili olan ve olmayan yüksek okul öğrencilerinin sağlık davranışlarının karşılaştırılması. Atatürk Üniv Hemş Yük Ok Derg 2000;3:1-10
50. Jhonson JL, Ratner PA, Bottorf JL, Hayduk LA. An exploration of Pender's health promotion model using lisrel. Nursing Reseach 1993;42:132-136
51. Conlon FM. Rx Drug abuse posing healt crisis-NIDA. Drug Topics 2001;145:58-59
52. Kaymakçalan Ş. Yaşlılık ve ilaçlar. Türkiye Klinikleri 1982;2:205-215
53. Alibhai SMH, Han RK, Naglie G. Medication education of acutely hospitalized older patients. J General Int Med 1999;14:610-616
54. Bryant Bg, Mason HL. Nonprescription drug use among hospitalized pediatric patients. Am J Hosp Pharm 1983;40:1669-1673
55. May FE, Stewart RB, Hale WE, Marks RG. Prescribed and nonprescribed drug use in an ambulatory elderly population. South Med J 1982;75:522-528
56. Helling DK, Lemke JH, Semla TP, Wallance RB, Lipson DP, Cornoni-Huntley J. Medication use characteristics in elderly: the Iowa 65+ Rural Healt Study. J Am Geriatr Soc 1987;35:4-12
57. Simons LA, Tett S, Simons J, Launcland R, McCallum J, Friedlander Y, Powell I. Multiple medication use in the elderly. Use of prescription and non-prescription drugs in an Australian community setting. Med J Aust 1992;17:242-246
58. Fillenbaum GG, Hanlon JT, Corder EH, Page TZ, Wall WE, Brock D. Prescription and nonprescription drug use among black and white community-residing elderly. Am J Public Health. 1993;83:1577-1582
59. Antonov KI, Isacson DG. Prescription and nonprescription analgesic

use in Sweden. *Ann Pharmacother* 1998;32:485-494

60. Anonymous. The rules of pain relief. *Men's Health* 1998;13:84-85



EK 1

AĞLIKLİ YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ

SAĞLIK SORUMLULUĞU ALT GRUBU

Aşağıda şimdiki zaman tarzınız veya kişisel alışkanlıklarınız hakkında cümleler yer almaktadır. Lütfen her seçeneğe en doğru cevabı vermeye ve atlamamaya özen gösteriniz. Her bir seçeneğin karşısında size uygun olanı parantez içine (X) koyarak işaretleyiniz.

	Hiçbir			Düzenli
	Zaman	Bazen	Sık sık	Olarak
1-Sağlığım ile ilgili değişiklikleri fark eder doktora giderim.	()	()	()	()
2-Kan kolesterol düzeyimi ölçtürürüm, sonucun ne anlama geldiğini bilirim.	()	()	()	()
3-Sağlıkla ilgili konularda kitap, dergi okurum.	()	()	()	()
4-Doktorun önerileri ile aynı fikirde olmadığım zaman, soru sorarım veya başka bir doktorun görüşünü alırım.	()	()	()	()
5-Sağlığım ile ilgili endişelerimi uzman kişilerle tartışırım.	()	()	()	()
6-Tansiyonumu ölçtürürüm ve sonucun ne anlama geldiğini bilirim.	()	()	()	()
7-Yaşadığım çevreyi iyileştirmek konusunda eğitici programlara katılırım.	()	()	()	()
8-Kendime nasıl iyi bakacağım konusunda sağlık görevlilerinden bilgi alırım.	()	()	()	()
9-Vücudumu en az ayda bir kez fiziksel değişiklikler ve hastalık belirtileri yönünden gözlerim.	()	()	()	()
10-Sağlığımı ilgilendiren konularda yapılan eğitici toplantılara katılırım.	()	()	()	()

ANKET FORMU

1-Yaş;

2-Cinsiyet;

3-Medeni durumunuz;

1-Evli 2-Bekar 3- Dul

4-Mesleğiniz;

5-Eğitim durumunuz;

1- İlk okul mezunu değil 2-İlk okul mezunu
3-Orta okul-lise mezunu 4-Yüksek okul-fakülte mezunu

6-Sağlık güvenceniz (Muayene ve ilaç giderlerinizi karşılayan bir kurumunuz) var mı?

1-SSK 2-Bağ-Kur 3-Emekli Sandığı 5-yok

7-Hayatınızın büyük bir kısmını (2/3'ünü) geçirdiğiniz yer neresidir?

1-İl 2- İlçe 3-Köy

8-Aylık gelirin ne kadar?

9-Herhangi kronik, (süreğen) bir hastalığınız var mı?

1-Evet 2-Hayır

10-Doktor tarafından reçete edilen ilacınızı zamanında eczaneden alıp kullanmaya başlar mısınız?

1-Evet 2- Hayır

11-Reçeteli ilacınızı önerilen sıklıkta kullanır mısınız?

1-Evet 2- Hayır

12-Reçeteli ilacınızı önerilen miktarda (doz) kullanır mısınız?

1-Evet 2- Hayır

13-Reçeteli ilacınızı önerilen zamanda bitirir misiniz?

1-Evet 2- Hayır

14-İlaçların son kullanma tarihlerine dikkat eder misiniz?

1-Evet 2- Hayır

15-İlaçları kullanırken açlık tokluk ilişkisine uygun kullanır mısınız?

1-Evet 2- Hayır

16-Kullandığınız ilacı başka birinin kullanmasına izin verir misiniz?

1-Evet 2- Hayır

17-Başka kişilerin ilaçlarını kullanır mısınız?

1-Evet 2- Hayır

18- Sağlık kuruluşlarında reçete edilen ilaçlarınızın kullanımı hakkında bilgilendiriliyorsunuz?

1-Evet 2-Hayır

19-Evetse kim tarafından bilgilendiriliyorsunuz?

1-Doktor 2- Eczacı 3- Hemşire
4-Çevremdeki insanlar 5-Diğer sağlık elemanları 6-Diğer

20-Eczanelerden reçetesiz ilaç alır mısınız?

1-Evet 2- Hayır

21-Eczanelerden reçetesiz alabildiğiniz ilaç çeşitleri aşağıdakilerden hangileridir?

1-Ağrı kesici-Ateş düşürücü 2-Sindirim sistemiyle ilgili ilaçlar
3-Vitamin 5- Antibiyotik 6-Hormon
7-Sinir sistemi ile ilgili ilaçlar 8-Diğerleri

22-Eczaneden almak istediğiniz reçetesiz ilacın seçimini neye göre belirlersiniz?

1-Daha önce doktorun reçete ettiği ilaca göre,
2-Çevremdekilerin tavsiyelerine göre,
4-İlaçların prospektüsünü okuyarak ve kendi bilgilerime dayanarak,
5-Doktor harici sağlık personelinin tavsiyesine göre,
6-Diğer