

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**TÜRKİYE’DEKİ GÖRME ENGELLİ YETİŞKİNLERİN
ECZACILIK ALANINDAKİ İHTİYAÇLARI ÜZERİNDE
BİR ÇALIŞMA**

Halil TEKİNER

ECZACILIK İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Gülbin ÖZÇELİKAY

2011 – ANKARA

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Eczacılık İşletmeciliği Doktora Programı

çerçevesinde yürütülmüş olan bu çalışma, aşağıdaki jüri tarafından
Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 12/ 01/2011



Prof. Dr. Sevgi ŞAR
Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
Jüri Başkanı



Prof. Dr. Gülbin ÖZÇELİKAY
Ankara Üniversitesi
Eczacılık Fakültesi

Prof. Dr. Erdem AYDIN
Hacettepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi



Doç. Dr. Selen YEĞENOĞLU
Hacettepe Üniversitesi
Eczacılık Fakültesi



Doç. Dr. Tamay BAŞAĞAÇ GÜL
Ankara Üniversitesi
Veteriner Hekimliği Fakültesi
Raportör



İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	v
Kısaltmalar	viii
Şekiller	ix
Çizelgeler	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Sağlık Hizmeti Sağlayıcısı Olarak Eczacı	1
1.1.1.Eczacının Temel Görev ve Sorumlulukları	1
1.1.1.1. 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun’a Göre Eczacılığın Tanımı	2
1.1.1.2. İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu’na Göre Eczacının Görev ve Sorumlulukları	2
1.1.1.3. Türk Eczacıları Deontoloji Tüzüğü’ne Göre Eczacının Hastaya Karşı Görev ve Sorumlulukları	5
1.1.1.4. Eczacı ve Hasta Hakları	6
1.1.1.5. Eczacının Etik Sorumlulukları	7
1.1.2. Akılcı İlaç Kullanımında Eczacının Rolü	10
1.1.2.1. Tanım	10
1.1.2.2. Türkiye’de 2001-2009 Yılları Arasındaki Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları	10
1.1.2.3. Yanlış İlaç Kullanımı ve İlaç Uyunc Bozukluğu Nedenleri	11
1.1.2.4. Akılcı İlaç Kullanımında Eczane Eczacısının Sorumlulukları	12
1.2. Görme Engelliler Hakkında Genel Bilgiler	13
1.2.1. Tanımlar	13
1.2.2. Körlük Nedenleri	15
1.2.3. Dünya ve Türkiye’deki Görme Engelli İstatistikleri	18
1.2.4. Görme Engelli Psikolojisi ve Toplumun Görme Engellilere Bakışı	24
1.2.5. Görme Engellilerin Çalıştığı İşler	27
1.2.6. Kabartma Yazı Sistemleri	28
1.2.6.1. Braille Alfabesi	28
1.2.6.2. Moon Alfabesi	33
1.2.7. Görme Engellilerin Sağlık Alanındaki Maliyeti	34
1.2.8. Görme Engellilerle İlgili Mevzuat	35
1.2.8.1. Uluslararası Mevzuat	35
1.2.8.2. Türkiye’deki Mevzuat	39
1.3. Görme Engellilerin Eczacılık Alanındaki İhtiyaçları	41
1.3.1. Görme Engellilerin Sağlık Alanında Karşılaştıkları Sorunlar	41
1.3.2. Görme Engellilere Hizmet Sağlayıcısı Olarak Eczacı	45

1.3.2.1. Eczane Eczacısı ve Personelinin Rolü	45
1.3.2.2. Eczane Eczacısı ve Personelinin Görme Engellilerle İletişimi	45
1.3.2.3. Eczanenin Görme Engelliler İçin Fiziksel Erişilebilirliği	49
1.3.3. İlaç Ambalajı Üzerinde Kabartma Yazının Kullanımı	51
1.3.4. İlaç Kullanımında Yardımcı Teknolojik Aletler	51
1.3.5. İnternet Üzerinden İlaç Bilgisi Sağlanması	53
1.3.6. Telefonla İlaç Bilgisi Sağlanması	55
1.4. Araştırmanın Konusu	57
1.5. Araştırmanın Amacı	57
1.6. Araştırmanın Hipotezleri	58
1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	58
2. GEREÇ VE YÖNTEM	59
2.1. Gereç	59
2.2. Yöntem	59
2.2.1. Araştırma Modeli	59
2.2.2. Araştırma Nüfusu	59
2.2.3. Veri Toplama Aracı	61
2.2.4. Veri Toplama Süreci	61
2.2.5. Verilerin İşlenmesi ve Çözümlemesi	62
3. BULGULAR	63
4. TARTIŞMA	146
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	152
ÖZET	159
SUMMARY	160
KAYNAKLAR	161
EKLER	169
Ek 1. Türkiye’deki Görme Engelli Yetişkinlerin Eczacılık Alanındaki İhtiyaçları Konulu Anket Soruları	169
Ek 2. Mayıs 2010 İtibariyle Türkiye’de Piyasada Bulunan Ambalaj Üzeri Braille Yazılı İlaçların Listesi	176
ÖZGEÇMİŞ	194

ÖNSÖZ

Ülkelerin sağlık, hukuk, eğitim ve ekonomi alanlarındaki kalkınma göstergelerinde özürlü nüfusa sunulan hizmetler ve bu hizmetlerin kalitesine bağlı olarak özürlü vatandaşların sahip olduğu yaşam standardı önemli bir yer tutmaktadır. Son yıllarda konuya ilişkin duyarlılığın artmasına paralel olarak uluslararası alanda da hızlı bir gelişim gözlenmekte; başta Amerika Birleşik Devletleri, Kanada ve AB ülkeleri olmak üzere pek çok ülke çeşitli yasal düzenleme ve uygulamalarıyla bu gelişimin itici gücünü oluşturmaktadır.

Türkiye İstatistik Kurumu tarafından 2002 yılında yapılan “Türkiye Özürllüler Araştırması” ile ülkemizdeki özürllülük profili araştırılmış ve özürllü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı % 12,29 olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya göre 2002 yılı itibarıyla ülkemizde 8.431.937 kişi özürllü olarak yaşamını sürdürmektedir. Bu durum özürllü vatandaşlarla birlikte başta aile ve yakın çevreleri olmak üzere toplumumuzun çeşitli katmanları üzerinde de ekonomik, sosyal ve psikolojik etkilere sahiptir. Bu nedenle ülkemizdeki özürllü nüfusun yaşadığı sorunlar ülkemizin sağlıklı bir toplum yapısına ulaşması önünde de engel teşkil etmektedir.

Bugün ülkemizdeki engellilerin önemli bir bölümünü (2002 verilerine göre 412.313 kişi) görme engelliler oluşturmaktadır. Kendi kendilerine yetebilirlik açısından önemli sıkıntılar yaşayan toplumun bu özel grubu, içinde yaşadıkları çevrenin büyük ölçüde görenlerin ihtiyaçları esas alınarak düzenlenmiş olması nedeniyle çoğu zaman gören bireylerin gözetim ve katkısına gereksinim duymaktadır.

Gören hastaların ilaç kullanımı ve tedavilerine ilişkin bilme hakkına sahip oldukları tüm bilgileri – temel bir hasta hakkı olarak – görme engelli hastaların da bilme hakkına sahip olduğu ve eczacılık hizmetlerinin esas amaçlarından birisi olan kişilerin akılcı ilaç kullanımında kendi kendine yetebilirliklerinin sağlanması gerektiği gerekçelerinden hareketle mevcut sistem içerisinde eczacıların görme engellilere sundukları hizmetin yetersiz kaldığı ve mutlaka iyileştirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Türkiye’deki görme engelli yetişkinlerin eczacılık hizmetlerinden yeterince yararlanmadığı hipotezinden yola çıkan, tanımlayıcı tipteki bu araştırmada bir taraftan bu soruya cevap aranırken diğer taraftan da teknolojik gelişmelerin bu alana sağlayabileceği yeni imkânların neler olabileceği sorgulanmaktadır.

Duckett ve Pratt’in (2001) *The Researched Opinions on Research: Visually Impaired People and Visual Impairment Research* başlıklı makalesinde, görme engellilerin sağlık bilgileri ve tedavi hizmetlerine erişemediği, bu nedenle araştırmalarda bu konuya özellikle önem verilmesi gerektiğine atıfta bulunularak, araştırmacıların üç konuya dikkat etmesi önerilmektedir. Buna göre araştırma, görme engellilerin bireyselliğine saygı göstermeli, uygulamaya dönük olarak mevcut sorunlara ucuz ve pratik çözümler getirmeli ve gelecekte bu alanda yapılacak benzer çalışmaları zenginleştirecek önemli veriler sağlamalıdır.

Yayında ayrıca araştırmacıların engellilik konusunda gelecekte yapacakları araştırmaların tasarımı ve tamamlanışına kadar geçecek sürede görme engellilere danışarak aktif işbirliği yapmaları gerektiği ifade edilmektedir.

Bu öneriler dikkate alınarak araştırmanın her aşamasında çevredeki görme engellilerin bilgi ve tecrübelerine başvurulmuştur. Görmeyenlerle daha iyi empati kurabilmek amacıyla da bilimsel literatür dışında görme engelli anı ve biyografi kitapları okunmuştur. Bu kitaplar arasında Prof. Dr. Doğan Cüceloğlu'nun *Onlar Benim Kahramanım*, Av. Gültekin Yazgan'ın *Kör Uçuş*, Av. Kerim ve Selim Altınok Kardeşlerin *Karanlığın Rengi Beyaz*, Doç. Dr. Mitat Enç'in *Bitmeyen Gece* ve Stephen Kuusisto'nun *Körler Gezegeni* isimli kitapları yer almaktadır.

Ayrıca görme engelli okul, kütüphane, rehabilitasyon merkezi, kabartma yazı basımevleri, Almanya, Avusturya, Fransa ve İtalya'daki ulusal görme engelli merkezleri ziyaret edilmiştir. Türkiye'de 800'e yakın görme engellinin internet üzerinden birbiriyle iletişim kurduğu "Teknokör" grubuna dâhil olunarak görme engellilerin aralarındaki yazışmalar takip edilmiş ve araştırma için gerekli olduğu düşünülen Braille alfabesi öğrenilmeye çalışılmıştır.

Ana materyalini Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesini temsil eden yedi farklı şehirdeki 300'e yakın görme engelliyle birebir görüşme tekniğiyle yapılan anketlerin oluşturduğu bu tezin giriş kısmında eczacıların hastalarına karşı yasal ve etik sorumlulukları, akılcı ilaç kullanımına sağlayacakları katkılar, görme engelli gruba ilişkin tanımlayıcı bilgi ve istatistikler, son olarak da görme engellilerin eczacılık alanında duyduğu ihtiyaçlara ilişkin mevcut literatür bilgisine yer verilerek konuya ilişkin eczacıya düşen sorumluluklar vurgulanmaya çalışılmıştır.

Bulgular ülkemizdeki görme engelli yetişkinlerin büyük bir kısmının farklı ya da yanlış dozda ilaç kullanımı, şurup ve göz damlası formundaki ilaçları doğru kullanamama, ilaçların son kullanma tarihini takip edememe, ilaç kullanım bilgi/talimatlarına erişememe, vb. ciddi sorunlarla karşı karşıya olduklarını; ilaçla ilgili bilgilere ulaşmak içinse öncelikle telefonla ilaç bilgisi sağlama sistemini tercih ettiklerini göstermektedir.

Hayatımın tüm evrelerinde olduğu gibi tez çalışmam sırasında da bana en büyük maddi ve manevi desteği veren başta sevgili annem Ecz. Emel Tekiner ve babam Ecz. İrfan Tekiner olmak üzere;

Yüksek lisans ve doktora eğitimim süresince olduğu gibi tezimin fikir aşamasından tamamlanışına kadar geçen süreçte de değerli fikir ve önerileriyle bana daima yol gösteren, sorularımı sabırla yanıtlayan, ümitsizliğe düştüğüm anlarda beni motive eden ve öğrencisi olmaktan büyük onur duyduğum danışman hocam Prof. Dr. Gülbin Özçelikay'a,

Eczacılık mesleğindeki derin bilgi ve tecrübesinden yararlandığım, öğrencilerine verdiği değer ve gösterdiği yakın ilgi nedeniyle hayatım boyunca örnek alacağım değerli hocam Prof. Dr. Eriş Asil'e,

Lisans eğitimim sırasında bana eczacılık tarihini sevdiren ve bu konuda çalışmam için beni teşvik eden, lisansüstü eğitim dönemimde ise mesleki bilgi ve tecrübelerini benden esirgemeyen, gerçek bir sanat ve kitap dostu olan değerli hocam Prof. Dr. Sevgi Şar'a,

Doktora çalışmam sırasında görüş ve önerilerinden yararlandığım Sayın Doç. Dr. Selen Yeğenoğlu'na yürekten teşekkür ederim.

Ayrıca bana destek veren Dr. Ahmet Öztürk'e (Erciyes Üniversitesi), Aynur Yiğit'e (Altı Nokta Körler Derneği), Ecz. Bekir Karayavuz'a, Cafer Barkuş'a (Perkins Institute for the Blind, A.B.D.), Celil Urhan'a (Çağdaş Görmeyenler Derneği), Dr. Christiane Staiger'a (Merck, Almanya), Dilek Fani'ye (Altı Nokta Körler Derneği), Emre Özdal'a (Boğaziçi Üniversitesi), Prof. Dr. Erich Schmid'e (Bundes-Blindenerziehungsinstitut, Avusturya), Fatoş Floyd'a (NFB, A.B.D.), Friedrich Zohn'a (Braille Haus, Avusturya), Habil Filiz'e (Beyaz Ay Derneği), Hacı Karabay'a (Altı Nokta Körler Derneği), Halil Kösele'e (Altı Nokta Körler Derneği), İbrahim Mirçi'ye, İrfan Kartal'a (Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı Proje ve Koordinasyon Dairesi), Katherine-Gerd Bringewatt'a (Almanya), Latif Küçük'e (Kayseri Kocasinan Görme Engelliler İlköğretim Okulu), Lokman Ayva'ya (TBMM İstanbul Milletvekili), Manfred Fuchs'a (Deutsche Blindenstudienanstalt e.V., Almanya), Mehmet Çelenk'e (Beyaz Ay Derneği), Mehmet Emin Demirci'ye (Türkiye Körler Federasyonu), Mokrane Boussaid'e (EBU, Fransa), Murat Demirok'a (Altı Nokta Körler Derneği), Dr. Mustafa İlhan'a, Orhan Karakaş'a (Teknokör), Oya Sebük'e (Altı Nokta Körler Vakfı), Saadettin Kulkul'a (Altı Nokta Körler Derneği), Tülay-Gültekin Yazgan'a, Uğur Fidancı'ya (Gör-Bir Derneği), Vahit Olgun'a (Altı Nokta Körler Derneği) ve çalışmamın anket uygulamasını gerçekleştirmemde bana yardımcı olan eczacılık fakültesi son sınıf öğrencilerine çok teşekkür ederim.

Esas teşekkürü hak edenler ise anketime katılarak bu çalışmayı var eden görme engelli dostlarım; Oğuzhan, Serap, Ahmet, Metin, Tülay ve diğerleri. Araştırmamın yararına inanarak zaman ayırdığınız için sizlere ayrıca teşekkür ederim.

KISALTMALAR

AB	:	Avrupa Birliği
AFB	:	American Foundation for the Blind
AMD	:	Yaşı bağlı maküler dejenerasyon
ASCP	:	American Society of Consultant Pharmacists
BM	:	Birleşmiş Milletler
BÖİB	:	Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı
DBSV	:	Deutscher Blinden und Sehbehindertenverband e.V.
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
EBU	:	European Blind Union
EC	:	European Commision
ECMA	:	European Carton Makers Association
EDPRG	:	Eye Diseases Prevalence Research Group
FDA	:	Food and Drug Administration
FIP	:	Fédération Internationale Pharmaceutique
GSYİH	:	Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
İEİS	:	İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası
İSM	:	İstanbul Sağlık Müdürlüğü
MEB	:	Milli Eğitim Bakanlığı
Şb	:	Şubesi
TDK	:	Türk Dil Kurumu
TEB	:	Türk Eczacıları Birliği
TSE	:	Türk Standartları Enstitüsü
TSH	:	Toplam Sağlık Harcamaları
TÜİK	:	Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	:	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
WBU	:	World Blind Union
WHO	:	World Health Organization

ŞEKİLLER

Şekil 1.1. DSÖ'nün tanımına göre engellilik, özürlülük ve sakatlık kavramları arasındaki ilişki	14
Şekil 1.2. Türkiye'deki görme engelli nüfusun toplam nüfus içinde yaşa göre dağılımı	21
Şekil 1.3. Türkiye'deki görme engelli nüfusun toplam nüfus içinde bölgelere göre dağılımı	21
Şekil 1.4. Türkiye'deki görme engelli nüfusun eğitim seviyelerine göre dağılımı	22
Şekil 1.5. Türkiye'deki görme engelli nüfusun bir başkasına bağımlılık durumuna göre dağılımı	23
Şekil 1.6. Marburg Medium Braille yazı standart matrisi	30

ÇİZELGELER

Çizelge 1.1. 2001-2009 yılları arasında Türkiye’de toplam sağlık harcamaları	10
Çizelge 1.2. 2001-2009 yılları arasında Türkiye’de toplam ilaç giderleri	11
Çizelge 1.3. Dünyadaki görme engelli nüfusun bölgelere göre dağılımı	18
Çizelge 1.4. 2002 yılında Türkiye ve bazı AB ülkelerindeki görme engelli nüfusu	19
Çizelge 1.5. Görme özürlünün ortaya çıkış zamanına göre özürlü nüfusun kent ve kırsal alandaki dağılımı	20
Çizelge 2.1. Türkiye’nin farklı coğrafi bölgelerinden basit rasgele yöntemle seçilmiş şehirlerdeki görme engelli nüfusu	60
Çizelge 2.2. Türkiye’nin farklı coğrafi bölgelerinden basit rasgele yöntemle seçilmiş şehirlerden alınan örneklem gurubu nüfusu	60
Çizelge 3.1. Araştırmaya katılanların yaş ve eğitim durumuna göre dağılımı	63
Çizelge 3.2. Araştırmaya katılanların meslek ve gelir düzeyine göre dağılımı	63
Çizelge 3.3. Araştırmaya katılanların yaşam şekillerine göre dağılımı	64
Çizelge 3.4. Araştırmaya katılanların cep telefonu, mp3 ve benzeri hatırlatıcı teknolojik alet ve internet kullanım durumuna göre dağılımı	64
Çizelge 3.5. Araştırmaya katılanların şu anki görme seviyesi ve görme engellilik süresine göre dağılımı	65
Çizelge 3.6. Araştırmaya katılanların görme engellilik nedeni ve ailede başka görme engelli olması durumuna göre dağılımı	65
Çizelge 3.7. Araştırmaya katılanların kronik rahatsızlık durumuna göre dağılımı	66
Çizelge 3.8. Araştırmaya katılanların sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre dağılımı	66
Çizelge 3.9. Araştırmaya katılanların hastalık durumunda öncelikle gidilen yer ve hastane, klinik, eczane gibi sağlık kuruluşlarının fiziksel ulaşılabilirlik durumlarını değerlendirmelerine göre dağılımı	67
Çizelge 3.10. Araştırmaya katılanların ilaç temin yerine göre dağılımı	67
Çizelge 3.11. Araştırmaya katılanlardan ilaçlarını eczaneden temin edenlerin eczacının kendileriyle kurduğu iletişimi değerlendirme ve eczaneden ilaç dışında ürün alım durumuna göre dağılımı	68
Çizelge 3.12. Araştırmaya katılanların ilaç kullanım durumu, ilaç kullanım talimatlarını hatırlaması ve kendisine ilaç kullanımında yardım eden kişinin sağlık alanında bilgisi olması durumuna göre dağılımı	69
Çizelge 3.13. Araştırmaya katılanların en sık kullandıkları ilaç grubuna göre dağılımı	70

- Çizelge 3.14.** Araştırmaya katılanların bir sağlık personelinin tavsiyesi olmadan kendi kendilerine ilaç kullanımına ve kullanırken zorluk çektikleri ilaç formlarına göre dağılımı 71
- Çizelge 3.15.** Araştırmaya katılanların şurup ölçek dozu ayarlama ve göz damlası kullanım şekillerine göre dağılımı 72
- Çizelge 3.16.** Araştırmaya katılanların ilaç talimatını unutma, karıştırma ve ilaca bağlı yan etki yaşandığında başkasına bilgi verme durumlarına göre dağılımı 72
- Çizelge 3.17.** Araştırmaya katılanların ilacın son kullanma tarihini takip etme durumlarına göre dağılımı 73
- Çizelge 3.18.** Araştırmaya katılanların kabartma yazı okuyabilme, kabartma yazılı kaynaklardan sağlıkla ilgili bilgi temin etme durumlarına göre dağılımı 73
- Çizelge 3.19.** Araştırmaya katılanlar arasından kabartma yazı okuyabilenlerin ilaç kutusu üzerinde kabartma yazıyla yer almasını istedikleri bilgilerin dağılımı 74
- Çizelge 3.20.** Araştırmaya katılanlar arasından kabartma yazı okuyabilenlerin doz hatırlatma kutusu ve daha önce kabartma yazılı ilaç kullanım durumlarına göre dağılımı 74
- Çizelge 3.21.** Araştırmaya katılanların ilaç kutusunu ayırt etme ve kullandığı ilacın doz ve zamanını hatırlama şekillerine göre dağılımı 75
- Çizelge 3.22.** Araştırmaya katılanların sağlıkla ilgili teknolojik aletlere sahip olma durumlarına göre dağılımı 76
- Çizelge 3.23.** Araştırmaya katılanların kendilerine sunulacak ilaç bilgisi erişim kaynakları tercihlerine göre dağılımı 77
- Çizelge 3.24.** Sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre şehirler arasında karşılaştırma 78
- Çizelge 3.25.** Sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre cinsiyetler arasında karşılaştırma 80
- Çizelge 3.26.** Sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre yaş grupları arasında karşılaştırma 82
- Çizelge 3.27.** Sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma 84
- Çizelge 3.28.** Sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre çalışma durumları arasında karşılaştırma 86
- Çizelge 3.29.** Sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre bireysel gelir düzeyleri arasında karşılaştırma 88
- Çizelge 3.30.** Sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma 90

Çizelge 3.31. Hastalık durumunda öncelikle gidilen yere göre şehirler arasında karşılaştırma	92
Çizelge 3.32. Hastalık durumunda öncelikle gidilen yere göre cinsiyetler arasında karşılaştırma	92
Çizelge 3.33. Hastalık durumunda öncelikle gidilen yere göre yaş grupları arasında karşılaştırma	93
Çizelge 3.34. Hastalık durumunda öncelikle gidilen yere göre eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma	93
Çizelge 3.35. Hastalık durumunda öncelikle gidilen yere göre çalışma durumları arasında karşılaştırma	94
Çizelge 3.36. Hastalık durumunda öncelikle gidilen yere göre bireysel gelir düzeyleri arasında karşılaştırma	94
Çizelge 3.37. Hastalık durumunda öncelikle gidilen yere göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma	95
Çizelge 3.38. Sağlık kuruluşlarının fiziksel ulaşılabilirlik durumlarına göre şehirler arasında karşılaştırma	95
Çizelge 3.39. Sağlık kuruluşlarının fiziksel ulaşılabilirlik durumlarına göre cinsiyetler arasında karşılaştırma	96
Çizelge 3.40. Sağlık kuruluşlarının fiziksel ulaşılabilirlik durumlarına göre yaş grupları arasında karşılaştırma	96
Çizelge 3.41. Sağlık kuruluşlarının fiziksel ulaşılabilirlik durumlarına göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma	96
Çizelge 3.42. İlaç temin şekline göre şehirler arasında karşılaştırma	97
Çizelge 3.43. İlaç temin şekline göre cinsiyetler arasında karşılaştırma	97
Çizelge 3.44. İlaç temin şekline göre yaş grupları arasında karşılaştırma	98
Çizelge 3.45. İlaç temin şekline göre eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma	98
Çizelge 3.46. İlaç temin şekline göre çalışma durumları arasında karşılaştırma	99
Çizelge 3.47. İlaç temin şekline göre bireysel gelir düzeyleri arasında karşılaştırma	99
Çizelge 3.48. İlaç temin şekline göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma	100
Çizelge 3.49. Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre şehirler arasında karşılaştırma	100
Çizelge 3.50. Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre cinsiyetler arasında karşılaştırma	101
Çizelge 3.51. Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre yaş grupları arasında karşılaştırma	101
Çizelge 3.52. Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma	102
Çizelge 3.53. Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre çalışma durumları arasında karşılaştırma	102

- Çizelge 3.54.** Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre bireysel gelir düzeyleri arasında karşılaştırma 103
- Çizelge 3.55.** Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma 103
- Çizelge 3.56.** İlaç kullanmakta olanların ilaç adı, dozu, kullanım sıklığı ve ne zamandan beri kullanıldığı bilgilerini hatırlama durumuna göre şehirler arasında karşılaştırma 104
- Çizelge 3.57.** İlaç kullanmakta olanların ilaç adı, dozu, kullanım sıklığı ve ne zamandan beri kullanıldığı bilgilerini hatırlama durumuna göre cinsiyetler arasında karşılaştırma 105
- Çizelge 3.58.** İlaç kullanmakta olanların ilaç adı, dozu, kullanım sıklığı ve ne zamandan beri kullanıldığı bilgilerini hatırlama durumuna göre yaş grupları arasında karşılaştırma 106
- Çizelge 3.59.** İlaç kullanmakta olanların ilaç adı, dozu, kullanım sıklığı ve ne zamandan beri kullanıldığı bilgilerini hatırlama durumuna göre eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma 107
- Çizelge 3.60.** İlaç kullanmakta olanların ilaç adı, dozu, kullanım sıklığı ve ne zamandan beri kullanıldığı bilgilerini hatırlama durumuna göre çalışma durumları arasında karşılaştırma 108
- Çizelge 3.61.** İlaç kullanmakta olanların ilaç adı, dozu, kullanım sıklığı ve ne zamandan beri kullanıldığı bilgilerini hatırlama durumuna göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma 109
- Çizelge 3.62.** En sık kullanılan ilaç grubuna göre şehirler arasında karşılaştırma 110
- Çizelge 3.63.** En sık kullanılan ilaç grubuna göre cinsiyetler arasında karşılaştırma 112
- Çizelge 3.64.** En sık kullanılan ilaç grubuna göre yaş grupları arasında karşılaştırma 114
- Çizelge 3.65.** En sık kullanılan ilaç grubuna göre eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma 116
- Çizelge 3.66.** En sık kullanılan ilaç grubuna göre çalışma durumları arasında karşılaştırma 118
- Çizelge 3.67.** En sık kullanılan ilaç grubuna göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma 120
- Çizelge 3.68.** Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre şehirler arasında karşılaştırma 122
- Çizelge 3.69.** Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre cinsiyetler arasında karşılaştırma 122
- Çizelge 3.70.** Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre yaş grupları arasında karşılaştırma 122
- Çizelge 3.71.** Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma 123

Çizelge 3.72. Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre çalışma durumları arasında karşılaştırma	123
Çizelge 3.73. Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre bireysel gelir düzeyleri arasında karşılaştırma	123
Çizelge 3.74. Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma	124
Çizelge 3.75. Farklı farmasötik formdaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre şehirler arasında karşılaştırma	125
Çizelge 3.76. Farklı farmasötik formdaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre cinsiyetler arasında karşılaştırma	127
Çizelge 3.77. Farklı farmasötik formdaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre yaş grupları arasında karşılaştırma	129
Çizelge 3.78. Farklı farmasötik formdaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma	131
Çizelge 3.79. Yüksek teknolojiye sağlık aletleri kullanım durumuna göre şehirler arasında karşılaştırma	133
Çizelge 3.80. Yüksek teknolojiye sağlık aletleri kullanım durumuna göre bireysel gelir düzeyleri arasında karşılaştırma	134
Çizelge 3.81. Yüksek teknolojiye sağlık aletleri kullanım durumuna göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma	135
Çizelge 3.82. İlaçla ilgili bilgilere ulaşım kaynağı tercihinine göre şehirler arasında karşılaştırma	136
Çizelge 3.83. İlaçla ilgili bilgilere ulaşım kaynağı tercihinine göre cinsiyetler arasında karşılaştırma	137
Çizelge 3.84. İlaçla ilgili bilgilere ulaşım kaynağı tercihinine göre yaş grupları arasında karşılaştırma	138
Çizelge 3.85. İlaçla ilgili bilgilere ulaşım kaynağı tercihinine göre eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma	139
Çizelge 3.86. İlaçla ilgili bilgilere ulaşım kaynağı tercihinine göre çalışma durumları arasında karşılaştırma	140
Çizelge 3.87. İlaçla ilgili bilgilere ulaşım kaynağı tercihinine göre bireysel gelir düzeyleri arasında karşılaştırma	141
Çizelge 3.88. İlaçla ilgili bilgilere ulaşım kaynağı tercihinine göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma	142
Çizelge 3.89. Piyasada kabartma yazılı ilaçları bulunan ilaç firmaları ve kabartma yazılı ürün sayıları	143
Çizelge 3.90. Piyasada bulunan üzeri kabartma yazılı ilaçların farmasötik şekillerine göre dağılımı	144
Çizelge 3.91. Piyasada bulunan üzeri kabartma yazılı ilaçların kutu üzerinde Braille yazılı yüzeye göre dağılımı	144

Çizelge 3.92. Piyasada bulunan üzeri kabartma yazılı ilaçların farmakolojik gruplarına göre dağılımı 145

1. GİRİŞ

1.1. Sağlık Hizmeti Sağlayıcısı Olarak Eczacı

1.1.1. Eczacının Temel Görev ve Sorumlulukları

Eczacılar, hastaların randevuya ihtiyaç duymaksızın en kısa sürede, kolayca erişebildikleri, sağlık ve ilaç kullanımı konusunda danışmanlık hizmeti veren sağlık profesyonelleridir. Bugün hem hekim hem de hastalar ilacın uygun şekilde kullanımında ve tatmin edici terapötik sonuçların alınmasında eczacılara ihtiyaç duymaktadır. (Caamaño ve ark., 2008; Çağırıcı ve Yeğenoğlu, 2007; Taylor ve Harding, 1989).

Eczacıların, eczacılık mesleğinin erken dönemlerinde, reçetede yazılı ilacın uygun şekilde üretilmesini esas alan rolü yüzyıllar içinde değişmiş ve ilaçların üretimi konusundaki işlevi önemli ölçüde kaybolmuştur. Eczacıların bazı yeni görevleri üstlendiği bu dönemde ilaç çeşitleri artarken, teknolojinin hızla ilerlemesi, özellikle de biyoteknoloji ürünlerinin gelişimiyle, eczacının ilaç ve tedaviye ilişkin bilgileri sağlık hizmetlerinde eskiye kıyasla daha da önemli hale gelmiştir (FIP, 1998; Taylor ve Harding, 1989).

Eczacılar hastalarının doğru ilacı doğru şekilde kullanmasından yasal olarak sorumludur (Ise ve ark., 2007; Taylor ve Harding, 1989; Tootelian ve Gaedeke, 1993). Eczacıların hastalara ilaçlarını hazırlayıp sunmanın yanı sıra bilgi verici, yol gösterici ve bazı durumlarda da destek olma gibi ilave sorumlulukları vardır (Çağırıcı ve Yeğenoğlu, 2007; TEB, 2009).

Eczacının danışmanlık hizmetleri arasında hastanın reçete hakkındaki bilgisini tanımlamak, bilgi boşluklarını doldurmak ve sağlanan tüm bilgilerin hasta tarafından doğru şekilde anlaşıldığından emin olmak yer almakta; eczacılara ayrıca laboratuvar testini yorumlama, hekim tavsiye etme gibi bazı farklı konularda da zaman zaman danışılmaktadır (Çağırıcı ve Yeğenoğlu, 2007; FIP, 1998; Yeğenoğlu ve Özçelikay, 2005; TEB, 2009).

1.1.1.1. 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun’a Göre Eczacılığın Tanımı

*6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun’un*¹ “Eczacılar” başlıklı birinci bölümünde eczacılık; “eczane, ecza deposu, ecza dolabı, galenik, tıbbi ve ispençiyari mevat ve müstahzarat laboratuvarı veya imalathanesi gibi müesseseler açmak ve işletmek veya tıbbi ve ispençiyari müstahzarat ihzar veya imal etmek veyahut bu kabil resmi veya hususi müesseselerde mesul müdürlük yapmak” şeklinde tanımlanmaktadır (TEB, 2009).

1.1.1.2. İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu’na Göre Eczacının Görev ve Sorumlulukları

İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun'a uygun olarak; 25 Kasım 1999 tarih ve 23887 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmeliğin 4. maddesinin ek 1. maddesine göre hazırlanmıştır (İSM, 2010).

İyi Eczacılık Uygulamaları, bir hastanın yaşam kalitesini sürdüren ve yükselten koşulların sağlanmasını amaçlayan, kesin işbirliğine dayalı devamlılık niteliği de olan farmasötik bakımın uygulama biçimidir ve temel felsefesi; ilaç, diğer sağlık bakım ürünleri ile ilgili hizmetleri sunmak, bireylerin ve toplumun bu hizmetlerden en iyi şekilde yararlanmasına yardımcı olmaktır.

Kılavuz’a göre eczacı; eczacılık fakültesinden veya eczacılık yüksek okulundan mezun olmuş veya usulüne göre yabancı okullardaki eğitiminin yeterliğini tescil ettirmiş, ilaç ve hammaddelerinin elde edilişinde, farmasötik madde ve tıbbi müstahzar yapımında fiziksel, kimyasal, biyolojik ve toksikolojik analizlerinde, ilacın tanınması, kalitesinin sağlanması, kontrolü ve standardizasyonunda ilacın dağıtımı ve hastaya verilmesinde, ilacın kullanım, gözetim ve denetiminde, ilacın üretiminden tüketimine kadar geçen her aşamada ve eczacılık mesleğinin gerektirdiği her alanda idari ve teknik olarak ve tam yetki ile görev alan sorumlu kişidir (İSM, 2010).

¹ *Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun*. Kanun numarası: 6197, Kabul tarihi: 18/12/1953, Resmi Gazete’de yayımlandığı tarih: 24/12/1953, sayı: 8591.

İyi Eczacılık Uygulamaları'nın kuralları, eczacılar tarafından hastalarına sunulan hizmetin uygun kalitede olması, hastalara ilaç ve tıbbi malzemenin sağlanması, eczacıların etkinlikleri sayesinde ilaç kullanımının ve reçete alışkanlıklarının iyileştirilmesine dayanmaktadır. İyi Eczacılık Uygulamaları hizmetleri hastaya dönük olarak uygun ilacın doğru dozda ve akılcı biçimde kullanılmasını sağlamak, ilaçların kalite güvencesinin bütünlüğünü korumaktır (İSM, 2010).

İyi Eczacılık Uygulamaları eczacılık hizmetleri sunulan her ortamda eczacının öncelikli olarak hasta sağlığını gözetmesini; eczacılık hizmetlerinin açıkça tanımlanmasını, amacının bireye dönük olmasını ve ilgili tüm kesimlere etkin biçimde iletilmesini; ilaç ve diğer sağlık ürünlerinin temin edilmesini, kullanımının izlenmesini, hastaya uygun bilgi ve danışmanlık hizmetinin verilmesini, rasyonel reçete yazılmasında ve ilaçların uygun biçimde kullanılmasında eczacının katkısını gerektirir.

Kılavuz'a göre İyi Eczacılık Uygulamalarının esasları, aşağıdaki hususların yerine getirilmesiyle sağlanır (İSM, 2010):

1. Eczacılar, rasyonel olmayan ilaç kullanımı, advers (beklenmeyen) etkileri, tıbbi hataları, ürün kalitesindeki aksaklıkları veya sahte ürünlerin tespitini rapor etmelerini sağlayacak bir sistem içerisinde çalışmalarını sürdürmelidir.
2. Birey ve toplum sağlığının hizmetinde olan eczacı, bu görevini yürütürken yaşama ve insana karşı saygıyı ön planda tutmalıdır.
3. Eczacı tüm hastalarına aynı ilgiyi göstermelidir.
4. Eczacılık mesleğinin temel yaklaşımı ticari olmaktan çok mesleki olmalıdır.
5. Eczacı mesleğini ancak kendisi uygulayabilir. Hasta ile ilgili birebir eczacılık hizmetinde başka kimselere bu konuda yetki vermemelidir.
6. Eczacı meslektaşlarını rakip olarak değil, eczacılık mesleğinin ilerlemesi ve sunulan hizmetin niteliklerinin arttırılmasında işbirliği ve dayanışma içinde olan ortakları gibi görmelidir.
7. Eczacının diğer sağlık personeli ve özellikle doktorlarla olan ilişkileri, ilaçla ilgili her konuda karşılıklı güveni gerektiren bir hizmet ortaklığı gibi görülmelidir.
8. Eczacı meslek örgütleriyle, kamu kurum ve kuruluşlarıyla, üniversitelerle ve endüstri ile ilişkilerinde meslek etiğine uygun davranmalıdır.

9. İlaç kullanımına yönelik politikaların saptanmasında, hastane ve diğer kurumlarda sorumlu eczacı (eczacılar) mutlaka söz sahibi olmalıdır.
10. Eczacılık hizmeti sunulan kurumlarda, yönetici konumundaki eczacı, hizmetin kalitesinin tanımlanması, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi sorumluluğunu paylaşmalıdır.
11. Eczacı, hastalarına ilişkin tıbbi ve farmasötik bilgilerden haberdar olmalıdır.
12. İlaçlar ve tedavi konusunda bağımsız, kapsamlı, güncel ve objektif bilgiler her zaman eczacının elinin altında bulunmalıdır.
13. Eczacı eczacılık uygulamalarının her alanında ve tüm meslek yaşamı boyunca mesleki bilgisinin etkinliğini ve yeterliğini sürdürme sorumluluğunu taşımaktadır.
14. Eczacılar hastalarına sağlık hizmeti sunarken, haksız rekabete neden olacak davranışlarda bulunmamalıdır, işlem yapmamalıdır.
15. Eczacılık lisans eğitimi güncel eczacılık uygulamalarını ve gelecekteki muhtemel değişiklikleri kapsamalıdır.

Kılavuz’da “İlaç Sunumu ve Hastaya Yönelik Talimatlar” bölümünde belirtildiği üzere hastanın uygun olan ilacı doğru dozda ve biçimde almasını; hastanın ilaç ve diğer sağlık ürünlerinden ve tüm eczacılık hizmetlerinden en iyi şekilde yararlanmasını sağlamak amacıyla aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir (İSM, 2010):

1. Öncelikle reçete bir bütün olarak değerlendirilmeli, hastanın yaşı ve konulan teşhis dikkate alınmalı, ilaçların birbirleriyle ve gıdalarla olan etkileşimleri saptanmalıdır.
2. Reçetede yazılı ilacın okunamaması durumunda hekimle irtibat kurulmalıdır.
3. Eczacı kendisini tanıtmalı, reçeteyi getiren kişinin hasta mı yakını mı olduğunu sormalıdır.
4. İlaçların güvenli ve etkin kullanılması konusunda hastaya gerekli öneriler ve bilgiler verilmeli, ilaç-ilaç, ilaç-gıda etkileşimlerinin önlenmesi için ilacın kullanım şekli hastaya açıkça anlatılmalıdır.
5. Eczacı, bilgileri bir bütün halinde aktarmalı, ilacın adı, endikasyonları, doza-
jı, kullanım şekli, saklama koşulları, yan etkileri, beklenmeyen etkileri ve alınacak önlemler konularında bilgi sunmalıdır.
6. İlacın kullanımı hakkında bilgi verilirken hastanın eğitim durumu değerlendirilmelidir.

7. Eczacı, hastayla görüşme sırasında teknik ve tıbbi terimler kullanmaktan kaçınmalı, hastaya verilen bilginin basit, açık ve kolay anlaşılabilir olmasına dikkat etmelidir.
8. Eczacı, hastanın şikâyetlerini anlayabilmek için her türlü çabayı sarf etmeli ve hastaya gereken ilgiyi göstermelidir.
9. Eczacı, hastaya bilgi aktarırken etkin bir iletişim sağlamalı, hastayı motive etmeli, verilen bilginin tedavi açısından önemini açıklamalıdır.
10. Eczacı, hasta veya yakınına vereceği bilgileri belli bir düzende sunmalı, en önemli noktalar görüşmenin başında anlatılmalı, sonunda tekrarlanmalıdır.
11. Eczacı, hasta veya yakınının anlatılanları anlayıp anlamadığını kontrol etmelidir.
12. Eczacı, ilacın kullanım şekli ve dozu hakkında sözlü bilgilendirmenin yanı sıra yazılı bilgi de vermelidir. Bu bilgi, ilaç kutusunun üzerine yazılabileceği gibi kutu üzerine yapıştırılacak etiketlere de yazılabilir.
13. Hastalara sürekli olarak aldıkları ilaçların listesini taşımaları önerilmelidir.

1.1.1.3. Türk Eczacıları Deontoloji Tüzüğü'ne Göre Eczacının Hastaya Karşı Görev ve Sorumlulukları

6643 Sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanunu'nun 39. Maddesinin (g) bendine dayanarak hazırlanmış olan Türk Eczacıları Deontoloji Tüzüğü² eczacıların deontoloji bakımından uymak zorunda oldukları ilke ve kuralları belirler. Tüzüğün "Eczacıların Birbirleri, Hekimler, Müşteriler ve Diğer İş Sahipleri ile İlişkileri" başlıklı ikinci bölümünde belirtilen şu maddeler eczacının hastalarına karşı taşıdıkları yükümlülükleri göstermesi açısından önemlidir (TEB, 2009):

Madde 3: Eczacı, reçeteyi yazan hekim, reçetede adı yazılı hasta veya reçeteyi getiren kişi kim olursa olsun; cinsiyet, dil, ırk, milliyet, felsefî inanç, din ve mezhep, ahlaki düşünce, karakter ve kişilik, toplumsal seviye, mevki ve siyasi düşünce ayrımı yapmaksızın ilacını hazırlama ve sahibine verme hususunda azami dikkat ve ihtimamı göstermekle yükümlüdür.

²*Türk Eczacıları Deontoloji Tüzüğü.* Bakanlar Kurulu Karar No: 6/10314, Karar tarihi: 09/07/1968, Resmi Gazete'de yayımlandığı tarih: 27/07/1968, sayı: 12961.

Madde 4: Eczacı, meslek ve sanatının icrası sırasında öğrendiği sırları, kanuni zorunluluk olmadıkça ifşa edemez. Mesleki toplantı veya yayınlarda hastanın kimliğini açıklayamaz.

Madde 5: Eczacı, hekimin iznini almadan yazılan ilaçtan başkasını veremez ve hekimin isteği dışında hastaya veya hastanın yakınlarına tavsiyede bulunamaz.

Madde 6: Eczacı, hastaların veya hasta sahiplerinin, hastalığın çeşidi veya uygulanan tedavi şeklinin iyi olup olmadığı hakkındaki sorularını, onların maneviyatını yükseltecek şekilde, ümit verici ve teselli edici sözlerle karşılar.

1.1.1.4. Eczacı ve Hasta Hakları

Tüm hastalar sağlık hizmetlerinden yararlanma konusunda dil, din, mezhep, ırk, cinsiyet, siyasi görüş, felsefi inanç, ekonomik ve sosyal statü gözetmeksizin eşit haklara sahiptir (Aydın, 2004). Bu hakları koruma altına almak amacıyla uluslararası alanda çok sayıda bildirge yayınlanmıştır.

Dünya Tıp Birliği'nin 1981'de Lizbon Bildirgesi'ni yayımlaması ve 1995'te bu Bildirgeyi revize etmesinin ardından Türkiye'de de bu gibi bildirge ve sözleşmelerde yer alan hasta hakları esas alınarak ve iç mevzuat ile taraf olunan uluslararası sözleşmelere dayanılarak hazırlanan Hasta Hakları Yönetmeliği³ 1 Ağustos 1998 tarihinde yürürlüğe girmiş; böylece mevzuatta dağınık halde bulunan hasta hakları tek bir yönetmelik altında toplanabilmiştir (Sert, 2004).

Bu Yönetmelikle sağlık hizmetleri verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesi, hak ihlallerinden korunabilmesi ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amaçlanmıştır. Sağlık hizmetlerinden faydalanma hakkı, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı, hasta haklarının korunması, tıbbi müdahalede hastanın rızası, vb. başlıklı toplam dokuz bölümden oluşmaktadır (TEB, 2009).

Yönetmeliğin 5. maddesinin ilk üç bendinde yer alan şu ifadelerin eczacılar tarafından özellikle dikkate alınması gerekmektedir (Sert, 2004; TEB, 2009):

³ *Hasta Hakları Yönetmeliği*. Resmi Gazete'de yayımlandığı tarih: 01/08/1998, sayı: 23420.

- a) Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima göz önünde bulundurulur.
- b) Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamele edilir.
- c) Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz. Sağlık hizmetleri herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.

Yönetmelikte eczacılar tarafından dikkate alınması gereken başka maddeler de vardır. Bunlar arasında;

- 6. maddede sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanmaya,
- 14. maddede hastanın durumunun gerektirdiği tıbbi özenin gösterilmesine,
- 37. maddede hastaların sağlık kurum ve kuruluşlarında güvenlik içinde olmayı bekleme ve bunu isteme haklarına,
- 39. maddede sağlık hizmetlerinin her safhasında, hastalara onların bedeni ve ruhi durumları dikkate alınarak, hangi işlemin neden ve nasıl yapıldığı, yapılacağı hakkında gerekli bilgilerin verilmesine ilişkin atıflar bulunmaktadır (Sert, 2004; TEB, 2009).

1.1.1.5. Eczacının Etik Sorumlulukları

Etik, davranış ve karakterle ilgili olarak neyin doğru neyin iyi olduğunu araştıran sistematik bir çalışmadır ve “Ne yapmalıyız? Bunu niçin yapmalıyız?” sorularının cevabını araştırır (Özçelikay ve ark., 1997). Diğer bir ifadeyle de ahlaki tutumların ardında yatan yargıları ele alarak, insanın bütün davranış ve eylemlerinin temelini inceler (Çobanoğlu, 2007).

Eczacılık etiği ise eczacıların mesleklerine ilişkin olarak oluşturup koruduğu, meslek üyelerini belli bir şekilde davranmaya zorlayan, kişisel eğilimlerini sınırlayan, yetersiz ve ilkesiz üyeleri meslekten dışlayan, meslek içi rekabeti düzenleyen ve hizmet ideallerini korumayı amaçlayan mesleki ilkelerin tamamıdır (Çobanoğlu, 2007).

Etik alanındaki değerlendirmelerde genel olarak şu dört ilke öne çıkmaktadır:

1. Yararlılık,
2. Zarar vermeme,
3. Hasta özerkliğine saygı,
4. Adalet/eşitlik.

Özerklik (*autonomy*) ilkesi, hastaya yeteri kadar bilgi verildikten sonra, kendisiyle ilgili bağımsız olarak dūřınıp karar verebilme ve bu karar doğrultusunda eylemde bulunma yeterlik ve yetkinliğini; yararlılık ilkesi ise, sağlık uğraşlarında hastaya öncelikle ve her şeyin üzerinde yarar sağlamayı ifade eder. Yararlılık ilkesi ve zarar vermeme ilkesi birbirini tamamlamaktadır. Adalet/eşitlik ilkesi ise, kişilere sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda eřit imkânların sunulmasını ifade etmektedir (Aydın, 2004; obanoęlu, 2007).

Eczacıların uymakla yükümlü oldukları etik kurallara ilişkin farklı ülkeler birbirine benzer etik kodlar yayınlamıştır.

Amerikan Eczacıları Birliği (APA) Etik Yönergesi'nde eczacılar için sekiz etik kural ortaya konmuştur. nceki kurallardan farklı olarak eczacıyla hasta arasındaki anlaşmaya dayalı ilişkinin yapısını ne çıkartan bu kurallar şunlardır (Berger, 2007; zelikay ve ark., 1997):

- Eczacı, hasta ile arasındaki ilişkiye saygılıdır.
- Eczacı, her hastaya özenli, şefkatli ve mahremiyetine önem göstererek hizmet sağlar.
- Eczacı, her hastanın kişilik ve itibarına saygılıdır.
- Eczacı, mesleki ilişkilerde doğruluk, dürüstlük ilkelerine göre ve açık sözlülükle davranır.
- Eczacı mesleki yeterliğe sahiptir.
- Eczacı, meslektaş ve diğer sağlık elemanlarının değer ve becerilerine saygılıdır.
- Eczacı, bireysel ve toplumsal gereksinimler için hizmet verir.
- Eczacı, sağlıkla ilgili kaynakların dağıtımında adil davranır.

Dünya Eczacılık Federasyonu tarafından 1997 yılında yayınlanan etik kodlarda ise eczacının; ilaç konusunda uzman bir sağlık personeli olarak halkın sağlığını koruma-

dan ve ilaçla tedavinin akılcı bir şekilde yürütülmesi ile hastaların en yüksek seviyede terapötik çıktı elde etmelerinden sorumlu olduğu belirtilmektedir. Bu metinde eczacıya yüklenen etik sorumluluklara aşağıda yer verilmiştir (FIP, 1997):

- Sağlıkla ilgili kaynakların adil dağılımı,
- Hastaların tedavileriyle ilgili karar verme sürecine katılım hakkına saygı gösterilmesi,
- Hastaların kültürel farklılık, farklı inanç ve değerlerine saygı gösterilmesi,
- Diğer sağlık çalışanlarıyla işbirliği içinde en yüksek kalitede sağlık hizmetlerinin sunulması,
- Yardımcı personelin görevini etkin ve yeterli şekilde yaptığından emin olunması,
- Mesleki bilgi ve yetilerin güncel tutulması, profesyonel standart ve bilimsel verilere uygun hareket edilmesi,
- Hastaya sunulan bilginin güncel ve güvenilir olması ve anlaşılır bir şekilde açıklanması,
- Her hastaya saygı ve nezaketle yaklaşılması, vb.

1.1.2. Akılcı İlaç Kullanımında Eczacının Rolü

1.1.2.1. Tanım

Akılcı ilaç kullanımı, ilaç tedavisinin etkili, güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasına imkân veren planlama, yürütme ve izleme sürecidir. İlacın gerektiği zaman, gereken nitelikte, gerektiği kadar ve gerektiği biçimde kullanılmasını esas alır (Acar ve Yeğenoğlu, 2005; Özçelikay, 2001). DSÖ 1985 yılında Nairobi’de düzenlenen toplantıda akılcı ilaç kullanımını “hastaların ilaçları klinik gereksinimlerine uygun biçimde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almaları için uyulması gereken kurallar bütünü” olarak tanımlamıştır (Akıcı ve ark., 2002).

İlacın akılcı kullanımı süreci devletin, ilaç endüstrisinin, hekim, eczacı ve diğer sağlık çalışanlarının ve toplumun da akılcı davranmasını gerektirir (Acar ve Yeğenoğlu, 2005; Özçelikay, 2001).

1.1.2.2. Türkiye’de 2001-2009 Yılları Arasındaki Toplam Sağlık ve İlaç Harcamaları

Aşağıda 2001-2009 yılları arasında Türkiye’nin toplam sağlık harcamaları, bu harcamaların GSYİH’ye oranı ve ülkenin aynı yıllar arasındaki toplam ilaç gideri gösterilmektedir. Çizelge 1.1 ve Çizelge 1.2’den toplam sağlık harcamaları ve toplam ilaç giderlerinin her geçen yıl önemli ölçüde arttığı anlaşılmaktadır.

Çizelge 1.1. 2001-2009 yılları arasında Türkiye’de toplam sağlık harcamaları (TEB, 2010)

Yıl	TSH (milyon TL)	TSH/GSYİH (%)
2001	4.576	1,90
2002	7.629	2,18
2003	10.662	2,34
2004	13.150	2,35
2005	13.608	2,10
2006	17.667	2,33
2007	19.984	2,38
2008	25.346	2,67
2009	28.811	3,05

TSH: Toplam Sağlık Harcamaları, **GSYİH:** Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla

Çizelge 1.2. 2001-2009 yılları arasında Türkiye’de toplam ilaç giderleri (TEB, 2010)

Yıl	Toplam İlaç Gideri (milyon TL)
2001	2.434
2002	4.300
2003	5.615
2004	6.399
2005	7.001
2006	8.372
2007	8.858
2008	10.717
2009	13.161

1.1.2.3. Yanlış İlaç Kullanımı ve İlaç Uyunc Bozukluğu Nedenleri

Hastalık veya diğer tıbbi durumlarda ilacın; hekim veya bazı özel durumlarda yetkili diğer kişilerin aracılığı ya da tavsiyesiyle, fakat yerleşmiş kurallara aykırı bir şekilde; ya da yetkisiz kişilerin tavsiyesi üzerine her ne şekilde olursa olsun ilaç kullanımı, yanlış ilaç kullanımı olarak tanımlanabilir. Uyuncsuzluk ya da uyunc bozukluğu (*noncompliance*) ise hastanın ilacı kendisine tavsiye edilen zamanda, sıklıkta ve sürede kullanmamasını ifade etmektedir (Kayaalp, 1983).

Düşük eğitim seviyesi ya da sosyokültürel, ekonomik, yönetsel ve düzenleyici mekanizmalardan kaynaklanan bazı nedenler akılcı ilaç kullanımına karşı engel teşkil edebilmektedir (Akıcı ve ark., 2002; Kayaalp, 1983). Akılcı olmayan ilaç kullanımı ya da ilaç uyunc bozuklukları arasında ayrıca; yaşa bağlı kognitif yetersizlik ve hafıza geriliği, unutkanlık, yetersiz fiziksel işlevlerin (örn. görme kusurları) neden olduğu hatalar (örn. ilaç isim ve kullanma talimatını okuyamama), tedavi programının önemi anlayamama, ilacın nasıl kullanılacağını bilmeme, ilaç ambalajından kaynaklanan hatalar, birden çok ilacın birlikte kullanımına bağlı hatalar, yan etki beklentisi/korkusu, vb. sayılabilir (Berman, 2004; Corlett, 1996; Cramer, 1998; Kessels, 2003).

Türkiye’de akılcı ilaç kullanımı konusunda yapılan çalışmaların sayısı sınırlı olmakla birlikte çalışmaların çoğu şu temel sorunlara işaret etmektedir (Akıcı ve ark., 2002; Kayaalp, 1983; Özçelikay, 2001):

- Gereğinden fazla ilacın reçetelenmesi (*polifarmasi*),
- Yanlış ilacın kullanılması/ilacın başka bir ilaçla karıştırılması,

- İlacın yanlış şekilde kullanılması,
- İlacın yanlış dozda kullanılması, dozlamının ve tedavi süresinin yanlış olarak belirlenmesi,
- Gereksiz yere enjeksiyon önerilmesi, vb.

Kayaalp (1983) yanlış ilaç kullanımındaki başlıca etkenleri şöyle sınıflandırmıştır:

- Hekim tavsiyesi dışında ilaç kullanımı,
- Hekim tarafından hatalı ilaç kullanımı,
- Hasta ile ilgili etkenler,
- Yanlış kullanım etkeni olarak ilaç,
- Yanlış kullanım etkeni olarak müstahzar,
- Yanlış kullanım etkeni olarak ilaç yapımcısı.

Antibiyotiklerin Türkiye’de en çok kullanılan ilaç grubunu oluşturması akılcı olmayan ilaç kullanımının bir örneğidir (Akan, 2006; Gökalp ve Mollaoğlu, 2003). Bunun nedenleri arasında; enfeksiyon yokken antibiyotik kullanımı, yanlış antibiyotik seçimi, eksik ya da fazla doz alımı, yetersiz ya da uzun süre kullanım, pahalı antibiyotik seçimi ve profilaksi amacıyla geniş spektrumlu antibiyotik seçimi sayılabilir (Gökalp ve Mollaoğlu, 2003).

1.1.2.4. Akılcı İlaç Kullanımında Eczane Eczacısının Sorumlulukları

Hastalar ilaçların herhangi bir tüketim maddesi olmaktan çok, sağlık açısından büyük öneme sahip bir ürün olduğu konusunda mutlaka bilgilendirilmeli ve bu bilgilendirme de toplumun kültürel alt yapısı ve farmakoantropolojik gerçekler göz önünde bulundurularak, sağlık alanında çalışanlar, özellikle de hastanın en kolay ulaşabildiği sağlık çalışanı olarak eczacılar tarafından yapılmalıdır (Özçelikay, 2001).

Hekim tavsiyesine göre hastanın ilacını alacağı yer eczane ve bu konuda iletişim kuracağı kişi ise eczane eczacısıdır. Bu nedenle eczacının kontrolü ve gözetimi dışında kalan yerlerden ilaç temini hatalıdır (Kayaalp, 1983).

1.2. Görme Engelliler Hakkında Genel Bilgiler

1.2.1. Tanımlar

Sakat: DSÖ'nün 1980 yılında yaptığı tanıma göre sakatlık (*disability*), bir aktiviteyi normal tarzda veya normal kabul edilen sınırlar içinde gerçekleştirmekteki kısıtlılık veya yetersizliğe; sakat ise bu durumdan etkilenen kişiye denir (Ertürk, 2003; Timur ve ark., 2006). Amerikan Engelliler Kanunu'na göre ise sakatlık günlük aktivitelerin yerine getirilmesinde önemli ve uzun süreli olumsuz etkisi olan fiziksel ve mental yetersizliği ifade eder (Bellingham, 2004; Connelly, 2002).

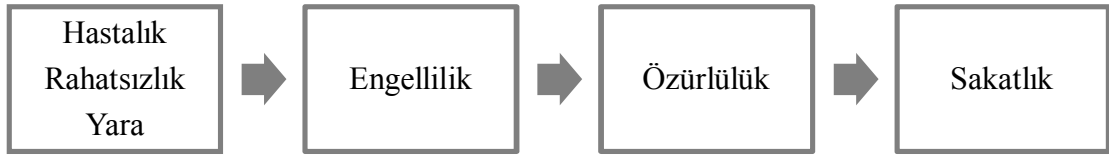
Özürlü: DSÖ'nün tanımına göre özürlülük (*impairment*); psikolojik, fizyolojik ve anatomik (fiziksel) yapı ya da fonksiyonlardaki eksikliği ve anormallliği ifade eder (Ertürk, 2003; Timur ve ark., 2006). Birleşmiş Milletler Özürlü Kişilerin Hakları Sözleşmesi'nde geçen tanıma göre ise özürlü kavramı, diğer bireylerle eşit koşullar altında topluma tam ve etkin bir şekilde katılımlarının önünde engel teşkil eden uzun süreli fiziksel, zihinsel, düşünsel ya da algısal bozukluğu bulunan kişileri içermektedir (BÖİB, 2008). Yasal tanıma^{4,5} göre ise; doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle bedensel, zihinsel, ruhsal, duyuşsal ve sosyal yeteneklerini çeşitli derecelerde kaybetmesi nedeniyle, toplumsal yaşama uyum sağlama ve günlük gereksinimlerini karşılama güçlükleri olan ve korunma, bakım, rehabilitasyon, danışmanlık ve destek hizmetlerine ihtiyaç duyan kişiye özürlü denir (BÖİB, 2006).

Engelli: DSÖ'nün tanımına göre, bir yetersizlik veya özür nedeniyle yaşa, cinsiyete, sosyal ve kültürel faktörlere bağlı olarak kişiden beklenen rollerin kısıtlanması ya da yerine getirilememesine engellilik (*handicap*), bu durumdan etkilenen kişiye ise engelli denir (Timur ve ark., 2006). Engelliler, uluslararası engellilik sınıflandırmasına göre görme engelli, zihinsel engelli, işitme engelli, konuşma engelli, ortopedik (fiziksel) engelli ve diğer engelliler (kalıcı rahatsızlıkları olan ve sürekli bakım ve tedaviye ihtiyaç duyan kişiler) şeklinde sınıflandırılmaktadır (Timur ve ark., 2006).

⁴ *Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun.* Kanun numarası: 5378, Kabul tarihi: 1/7/2005, Resmi Gazete'de yayımlandığı tarih: 7/7/2005, sayı: 25868.

⁵ *Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu.* Kanun numarası: 2828, Kabul tarihi: 24/5/1983, Resmi Gazete'de yayımlandığı tarih: 27/5/1983, sayı: 18059.

DSÖ'nün tanımına göre engellilik, özürlülük ve sakatlık kavramları arasındaki ilişki Şekil 1.1'de gösterilmiştir (Ertürk, 2003).



Şekil 1.1. DSÖ'nün tanımına göre engellilik, özürlülük ve sakatlık kavramları arasındaki ilişki

Görme engelli: Kör ve az gören sözcüklerinin anlamlarını içeren bir üst terimdir (Resnikoff ve ark., 2004; Yazgan, 2002).

Kör: Türk Dil Kurumu Sözlüğü'nde kör kelimesi “görme engelli”; görme engelli ise “görme duyusu olmayan, görmez, gözsüz, kör, âmâ” şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2010). Bu tanıma göre “kör” ve “görme engelli” aynı anlama gelmektedir. Oysa yukarıda tanımı yapılan görme engelli kavramı, sadece körleri değil; körlerle birlikte az görenleri de içine alan bir üst terimdir.

Kör, görme duyusunun rehabilitasyon, meslek seçim, çalışma alanlarında, toplumsal ilişkilerde ve özel yaşamda yararlanılmayacak ölçüde işlevini yitirdiği kişilere denir (Yazgan, 2002). Yasal tanıma göre ise, tüm düzeltmelerle birlikte olağan görme gücünün 1/10'una yani 20/200'lük görme keskinliğine ya da daha azına sahip olan ya da görme alanı 20 derecelik açıyı aşmayan kişilere denir (Demirci, 2005; Özyürek, 1998; Sardegna ve ark., 2002). Bununla birlikte körlük tanımı ülkeden ülkeye değişebilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri, Çin ve Hindistan'da, gerekli ve mümkün olan bütün düzeltmeler yapıldıktan sonra en iyi gören gözünde normal görme gücünün en fazla 1/10'una sahip olana, İngiltere'deyse iyi gören gözde normal görüşün en fazla 1/20'sine sahip olana kör denilmektedir (Dandona ve Dandona, 2006a; Enç, 2005; Meads ve Hyde, 2003; Resnikoff ve ark., 2004).

Az gören: Görme duyusunun işlevini büsbütün yitirmemiş olmakla birlikte, gözlükle normale döndürülemeyecek ölçüde bozuk olduğu kişilere denir (Yazgan, 2002). Yasal tanıma göre, tüm düzeltmelerle birlikte görme keskinliği 20/70 ile 20/200 arasında olan kişilere az gören denilmektedir (Özyürek, 1998). Bazı ülkeler 20/70'lik sınırı 20/60'a çıkarmaktadır (Sardegna ve ark., 2002). Milli Eğitim Bakanlığı I. Özel Eği-

tim Konseyi görme özürlüler ön raporunda az gören; bütün düzeltmelere rağmen iki gözle görmesi 1/10 ile 3/10 arasında olan ve özel birtakım araç ve yöntem kullanmadan eğitim, öğretim çalışmalarında görme gücünden yararlanması mümkün olmayan kişi şeklinde tanımlanmıştır (Demirci, 2005).

1.2.2. Körlük Nedenleri

Körlüğün başlıca nedenleri arasında katarakt, glokom, yaşa bağlı maküler dejenerasyon, korneal opaklık, diyabetik retinopati, çocukluk körlüğü, trahom, onchocerciasis yer almaktadır (Aspden, 2007; Carvalho ve ark., 2004; Kalina, 1997; Meads ve Hyde, 2003; Resnikoff ve ark., 2004; Rosenberg ve Sperazza, 2008; WHO, 2009a). Bununla birlikte körlük nedenleri ülkeden ülkeye önemli değişiklikler gösterebilmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde körlük nedenlerinin en önemlisi AMD, ardından sırasıyla glokom, diyabetik retinopati ve katarakt iken (EDPRG, 2004; Kalina, 1997; Resnikoff ve ark., 2004), orta gelir düzeyine sahip Avrupa ülkelerinde katarakt, glokom ve retinopati; endüstrileşmiş Avrupa ülkelerinde ise AMD, katarakt, glokom, diyabetik retinopati ve düzeltilemeyen refraktif kusurlardır (Kocur ve Resnikoff, 2002; Resnikof ve ark., 2004). Az gelişmiş ülkelerdeki körlük nedenleri arasında öncelikle katarakt, ardından trahom, xerophtalmia ve onchocerciasis hastalıkları öne çıkmaktadır (Resnikoff ve ark., 2004; Sardegna ve ark., 2002).

Türkiye'de prevelansiyel körlük nedenlerini ulusal bazda araştıran bir çalışma tespit edilememiş olmakla birlikte, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde yapılan bir araştırmada bölgedeki en önemli körlük nedenlerinin sırasıyla katarakt (% 50), korneal opaklık (%15) ve glokom (%12) olduğu belirlenmiş; Ankara Körler Okulu'ndaki 183 kör çocuk üzerinde yapılan diğer bir araştırmada ise çocuk körlüklerinin nedenleri retinal distrofi (% 37), katarakt (% 21,7), glokom (% 15), korneal opaklık (% 3,2) olarak tespit edilmiştir (Baş, 1993).

Körlüğe neden olan hastalıklar ve etki mekanizmaları şöyle özetlenebilir:

Katarakt: Katarakt göz merceğinin bulutumsu bir şekilde örtülmesi sonucunda görme netliğinin bozulmasına neden olur (Kalina, 1997; Özyürek, 1998). Katarakt oluşumunda yaş en önemli etkenlerden birisidir. Diyabet, paratiroid bezi hastalıkları vb. sistemik rahatsızlıklar, kortikosteroid kullanımı da risk faktörleri arasındadır. (O'Dwyer, 2009; Rosenberg ve Sperazza, 2008). Önlenebilir olmasına karşın bugün başta az gelişmiş Afrika ülkeleri olmak üzere, Doğu Avrupa, Balkanlar, Kafkaslar ve bazı Orta Asya ülkelerindeki en önemli körlük nedenlerinden biridir (Kocur ve Resnikoff, 2002; Sardegna ve ark., 2002).

Glokom: Glokom (karasu) göz basıncının artışına bağlı bir hastalıktır ve görme engellilik nedeni olarak tüm dünyada büyük bir öneme sahiptir (O'Dwyer, 2009; Rosenberg ve Sperazza, 2008). Çok sayıdaki Avrupa ülkesi glokoma bağlı körlüklerin önüne geçmek amacıyla, erken tanı ve uygun tedavinin uygulanması stratejisini yürütmektedir (Kocur ve Resnikoff, 2002; Özyürek, 1998).

Yaşa Bağlı Maküler Dejenerasyon (AMD): Özellikle 60 yaşın üzerinde sık karşılaşılan bir hastalıktır (Shah, 2009). Amerika Birleşik Devletleri'nde 75 yaş üzerindeki-lerin % 30'unda AMD olduğu tahmin edilmektedir (Kalina, 1997). Yapılan araştırmalar, sigaranın AMD riskini artırdığını göstermektedir (Dandekar ve ark., 2006; Kelly, 2001; Shah, 2009; Taylor ve Keefe, 2001).

Korneal opaklık: Gözün kornea tabakasının saydamlığını yitirmesidir.

Diyabetik retinopati: Körlük nedeni olarak önemi sürekli artmaktadır (Kocur ve Resnikoff, 2002). Neredeyse bütün diyabet hastalarında 20 yıl içinde diyabetik retinopati gelişeceği tahmin edilmektedir (Kalina, 1997). Ancak erken tanıyla bu % 98 oranında önlenebilir (Rosenberg ve Sperazza, 2008). Özellikle endüstrileşmiş Batı Avrupa ülkeleri, Çek Cumhuriyeti, Estonya, Macaristan, Polonya ve Slovakya gibi ülkelerde en önemli körlük nedenidir (Kocur ve Resnikoff, 2002).

Düzeltilemeyen refraktif kusurlar: Tüm düzeltmelere rağmen göze gelen ışınların retinada odaklanamamasına neden olan kırılım kusurlarını ifade eder.

Trahom: *Chlamydia trachomatis*'in neden olduğu göz enfeksiyonuna bağlı bulaşıcı bir göz hastalığıdır. Kalabalık, pis ortamlarda ve kişisel hijyene dikkat edilmediği

koşullarda bulaşma riski yüksektir. Dünyadaki körlerin yaklaşık 6 milyonunun trahom nedeniyle kör olduğu tahmin edilmektedir (Sardegna ve ark., 2002).

Onchocerciasis: *Similium* türü karasinek tarafından taşınan *Onchorcerca volvulus* isimli kurdun neden olduğu bir hastalıktır. Özellikle Batı Ekvatoryal Afrika, Orta ve Güney Amerika'da yaygındır. Dünyadaki körlerin yaklaşık 270.000'i onchocerciasis nedeniyle kör olmuştur (Sardegna ve ark., 2002).

Çocuklukta görülen körlükler ise şu nedenlerden kaynaklanabilir:

Xerophthalmia: Çocuklardaki körlük nedenleri arasında en önemlilerden biridir. A vitamini eksikliğine bağlı olarak, özellikle 6 yaş altı çocuklarda gelişen bu hastalık dünyada her yıl 5-10 milyon çocuğu etkilemekte ve yaklaşık 350.000'ini tamamen kör etmektedir. Özellikle Afrika ve Asya ülkelerinde yaygındır (Sardegna ve ark., 2002).

Diğer nedenler: Kalıtsal faktörler, annenin gebeliği sırasında kızamıkçık gibi ateşli bir hastalığa yakalanması, gebelik sırasında bazı ilaç ve röntgen ışınlarına maruz kalınması nedeniyle fetüs görme organı ve sinirlerinin zedelenmesi, doğum güçlüğü nedeniyle göz sinirlerinin zedelenmesi, kazalar, zehirlenmeler, vb. diğer nedenler arasında yer almaktadır (Özyürek, 1998).

1.2.3. Dünya ve Türkiye’deki Görme Engelli İstatistikleri

Görme engelliler hakkında yapılan istatistiksel çalışmalar özellikle son 20 yıl içinde artış göstermiş olmakla birlikte, çoğu ülkedeki görme engelli görülme sıklığı, görme engellilik nedenleri, görme engelli nüfusun yaşa bağlı dağılımı ve kabartma yazı okuryazarlık oranları hala bilinmemektedir (Kocur ve Resnikoff, 2002).

Dünyadaki Görme Engelli İstatistikleri: DSÖ’nün 2001 yılında yayınladığı istatistiğe göre, dünyada toplam 40-45 milyon kör bulunmakta (WHO, 2009b) ve gerekli düzenlemeler yapılmadığı takdirde kör sayının 2025 yılında yaklaşık 90 milyona ulaşacağı tahmin edilmektedir (Sardegna ve ark., 2002). Resnikof ve arkadaşları (2004) ise 2002 yılında dünyada yaklaşık 161 milyon 121 bin görme engelli olduğunu; bunun yaklaşık 36 milyon 857 bininin kör (prevelans: % 0,57), 124 milyon 264 bininin ise az gören (prevelans: % 2) olduğunu belirtmektedir. Buna göre körler dünyadaki toplam görme engelli nüfusunun % 23’ünü, az görenler ise % 77’sini oluşturmaktadır. Shah (2009) ise dünyadaki toplam görme engelli sayısını yaklaşık 171 milyon olarak vermekte ve 2030 yılında görme engelli sayısının 366 milyona çıkacağını öngörmektedir.

Dünyadaki toplam görme engelli nüfusun bölgelere göre dağılımı aşağıdaki çizelgede gösterilmiştir (Resnikoff ve ark., 2004):

Çizelge 1.3. Dünyadaki görme engelli nüfusun bölgelere göre dağılımı

Bölge	Az Gören Sayısı (milyon)	Kör Sayısı (milyon)
Afrika	6,782	19,996
Amerika	2,419	13,116
Avrupa	2,732	12,789
Batı Pasifik	9,312	32,481
Doğu Avrupa	4,026	12,444
G. Doğu Asya	11,587	33,496

Bu istatistiğe göre körlüğün halkın büyük kısmının sağlık kuruluşuna ulaşma imkânının olmadığı Afrika, Güney Doğu Asya ve Batı Pasifik ülkelerinde daha yaygın olduğu anlaşılmaktadır. DSÖ’ye göre de dünyadaki görme engellilerin % 87’si az gelişmiş ülkelerde yaşamaktadır (WHO, 2009b).

Mevcut verilere göre dünyada en az 1,5 milyon çocuğun kör olduğu ve bunların en az 72.000’inin Avrupa, Amerika ve Japonya’da yaşadığı tahmin edilmektedir. Çocuklarda görme engellilik sıklığı Avrupa’da binde 0,1-0,41 arasında değişmektedir

(Kocur ve Resnikoff, 2002). Dünya genelinde ise bu oran yaklaşık binde 1'dir (Özyürek, 1998). Görme engelliliğin okul çağındaki çocuklar arasındaki yaygınlığının yetişkinlere oranla onda bir olduğu tahmin edilmektedir (Özyürek, 1998).

Çizelge 1.4. 2002 yılında Türkiye ve bazı AB ülkelerindeki görme engelli nüfusu (EBU, 2010)

Ülke adı	Görme Engelli Nüfusu (GEN)	GEN/Toplam Nüfus (%)
Almanya	1.155.000	1,40
Avusturya	407.400	5,03
Belçika	13.500	0,13
Çek Cumhuriyeti	60.000	0,57
Danimarka	53.700	1,00
Finlandiya	81.300	1,57
Fransa	140.000	0,23
Hollanda	158.000	0,90
İngiltere	1.066.740	1,80
İrlanda	17.000	0,47
İspanya	933.225	2,16
İsveç	102.600	1,15
İtalya	110.793	0,19
İzlanda	1.248	0,44
Litvanya	8.581	0,23
Lüksemburg	550	0,14
Macaristan	43.386	0,42
Polonya	82.815	0,21
Portekiz	163.500	1,60
Türkiye	412.500	0,60
Yunanistan	22.000	0,21

(GEN/Toplam Nüfus Ortalaması: % 0,9738)

Türkiye’deki Görme Engelli İstatistikleri: Son Genel Nüfus Sayımı (2000) verilerine göre Türkiye’deki toplam görme engelli sayısı 157.722’dir. Bunun 98.225’i erkek (% 62), 59.467’si ise kadındır (% 38) (TÜİK, 2009b). Ancak bu verilerin nüfus sayımı sırasında nesnel ve bilimsel ölçekler kullanılmadan, sadece sayılanın beyanı ya da sayanın gözlemi dikkate alınarak elde edilmiş olması güvenilirliğini azaltmaktadır (Enç, 2005).

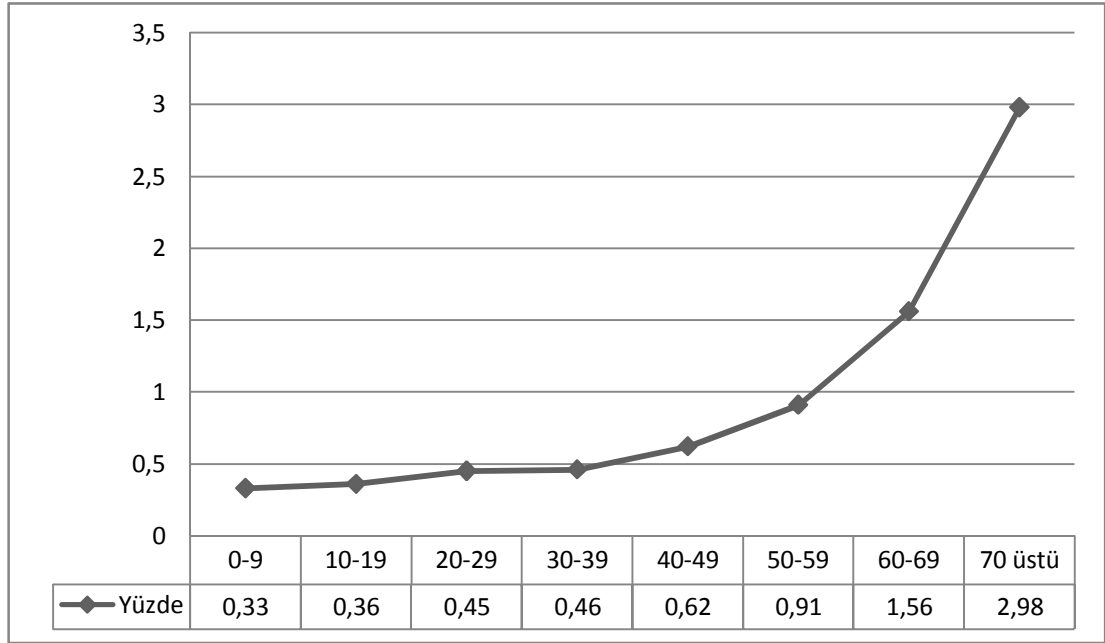
2002 yılında Başbakanlık Türkiye İstatistik Kurumu tarafından gerçekleştirilen araştırmaya göre, Türkiye’deki görme engelli nüfus toplam 412.312 kişidir ve genel nüfusun % 0,6’sını oluşturmaktadır. Demirci’ye (2005) göre ise, Türkiye’deki görme engellilerin sayısı 700.000’e yakındır. 2002 yılında yayınlanan veriler esas alındığında; Türkiye’deki görme engelli erkeklerin genel nüfusun % 0,7’sini, görme engelli kadınların ise % 0,5’ini temsil ettiği görülür (TÜİK, 2009b). Görme engelli nüfusun 238.304’ü (% 57,8) erkek; 174.008’i (% 42,2) kadındır (Tufan ve Arun, 2006).

Özrün ortaya çıkış zamanına göre görme özürlü nüfusun kent ve kırsal alandaki dağılımı aşağıdaki çizelgede gösterilmiştir (TÜİK, 2009b).

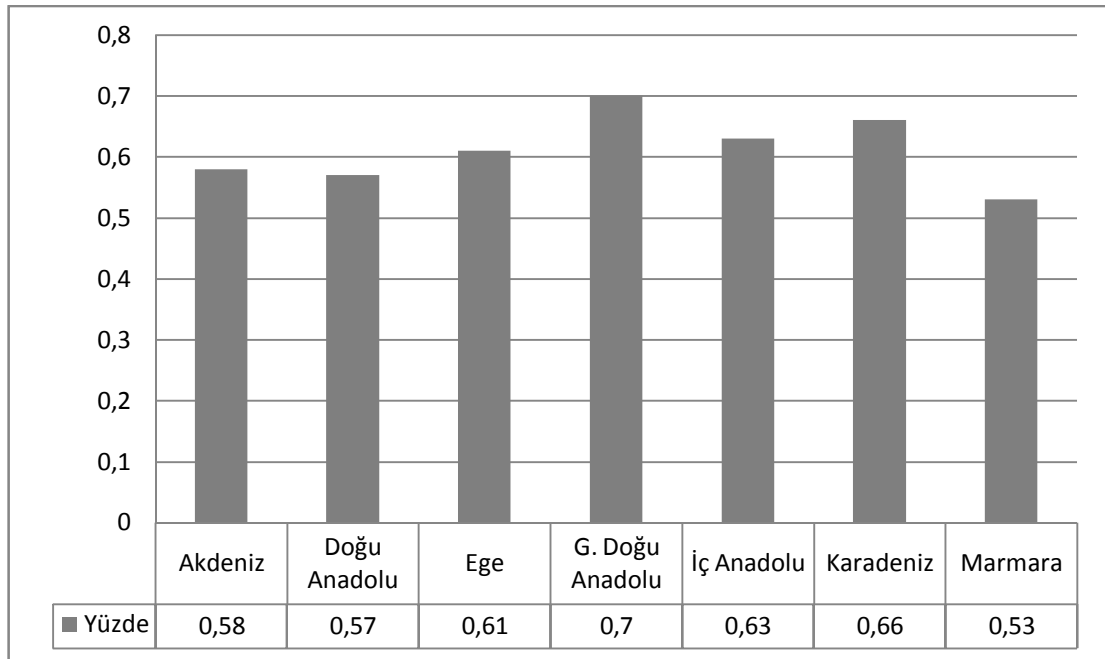
Çizelge 1.5. Görme özrünün ortaya çıkış zamanına göre özürlü nüfusun kent ve kırsal alandaki dağılımı

Yerleşim yeri	Görme Özrünün Ortaya Çıkış Zamanı								
	Doğuştan (%)			Sonradan (%)			Bilinmeyen (%)		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Türkiye (toplam)	20,41	20,46	20,35	76,32	76,49	76,09	3,27	3,05	3,56
Kent	19,78	19,06	20,69	77,77	78,21	77,20	2,45	2,73	2,10
Kırsal	21,10	21,88	19,93	74,75	74,75	74,76	4,15	3,38	5,31

(A: Toplam, B: Erkek, C: Kadın)



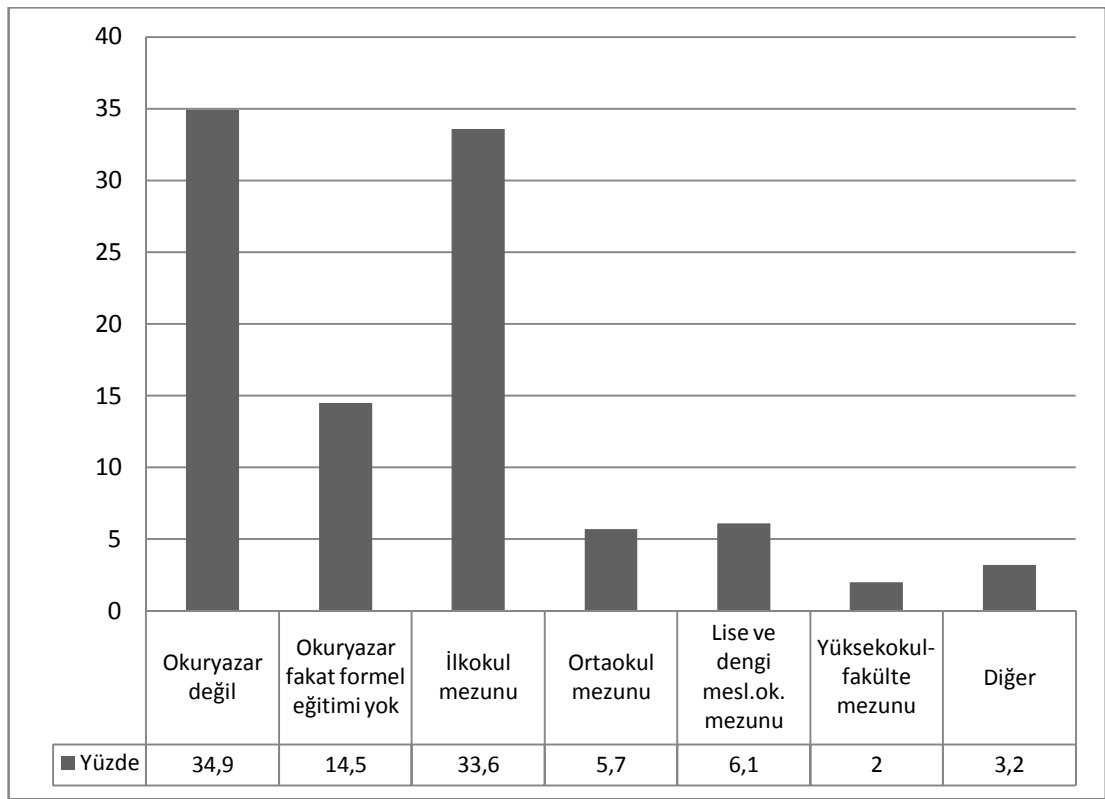
Şekil 1.2. Türkiye’deki görme engelli nüfusun toplam nüfus içinde yaşa göre dağılımı (TÜİK, 2009a)



Şekil 1.3. Türkiye’deki görme engelli nüfusun toplam nüfus içinde bölgelere göre dağılımı (TÜİK, 2009a)

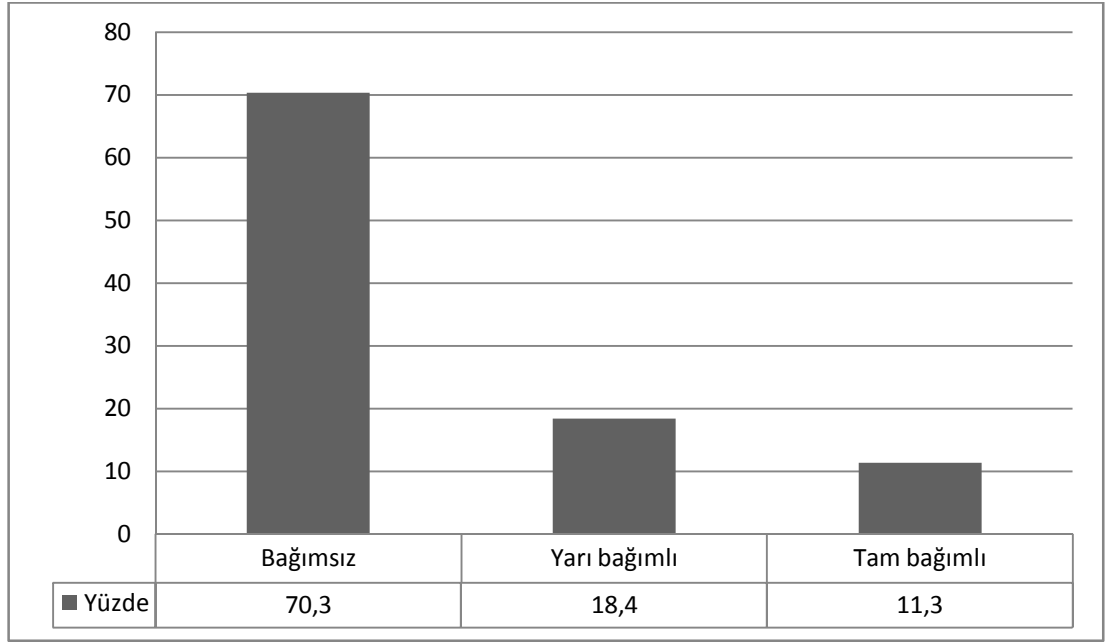
Türkiye’deki görme engellilerin % 35’i okuryazar değil, % 14’ü okuryazar fakat bir okul bitirmemiş; % 34’ü ilkokul, % 6’sı ortaokul, % 6’sı lise ve dengi meslek okulu, % 2’si ise yüksekokul ya da fakülte mezunudur. Yüksek lisans ya da doktorasını tamamlayanlar ise görme engellilerin ancak % 0,1’ini oluşturmaktadır (Tufan ve Arun, 2006).

Ülkemizdeki tüm engellilerin eğitim hizmetlerinden yararlanma oranının % 2,97 olduğu dikkate alındığında; görme engellilerin eğitim durumunun diğer engellilere oranla daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır (Timur ve ark., 2006).



Şekil 1.4. Türkiye’deki görme engelli nüfusun eğitim seviyelerine göre dağılımı

Görme engellilerin bir başkasına bağımlılık açısından dağılımı Şekil 1.5'te gösterilmiştir (Tufan ve Arun, 2006).



Şekil 1.5. Türkiye'deki görme engelli nüfusun bir başkasına bağımlılık durumuna göre dağılımı

1.2.4. Görme Engelli Psikolojisi ve Toplumun Görme Engellilere Bakışı

Görme Engelli Psikolojisi: Görme engellilerde şu tür duygulara rastlanabilmektedir (Carlson ve Carlson, 1995; Demirci, 2005; Enç, 2005):

- A. **Gözetlenme korkusu:** Diğerleri tarafından görüldüğü halde kendisinin onları göremiyor olması hissinin neden olduğu bu korkuya özellikle çocuklarda rastlanmaktadır.
- B. **Geç kalma kaygısı:** Görme engellilerin birçoğunda okula, işbaşına ya da buluşma yerine zamanında yetişememe kaygısı vardır.
- C. **Düşme ve çarpma korkusu:** Görme engelli kişiler kendilerini her an karşılabilecekleri kazalara karşı hazır olmak ve adımlarını dikkatle atmak zorunda hissederler. Legood ve arkadaşlarının (2002) görme engellilerde kaza riskinin görenlere oranla çok daha yüksek olduğu tespiti bu korkuyu açıklayabilir.
- D. **Suçluluk duygusu:** Görme engelli olmasını daha önce işlediği bir suçun nedeni olarak görenler olabilmektedir.
- E. **Üzüntü ve endişe:** Görme engelliler görsel güzellikleri ve kendileri için değerli olan yüzleri görememek, hızlı okuyamamak, vb. nedenlerden dolayı zaman zaman üzüntü duyabilirler. Evans ve arkadaşlarının (2007) görme engellilerin görenlere kıyasla depresyona daha çok eğilimli olduğunu gösterdiği araştırması bu düşüncüyü doğrulamaktadır.
- F. **Toplumsal korkular:** Farklı olmaya bağlı olarak sevilmemek, istenmemek, dışlanmak, yanlış bir iş yapmak, vb. korkular bu grupta yer almaktadır.
- G. **Körlüğü yüceltme:** Kimi körler kör oluşlarını kendileri için değerli bir özellik kabul etmekte ve öyle sunmaktadır.

Doğuştan kör olan birisiyle sonradan kör olmuş birisinin körlüğü algılayışları arasında fark vardır. Kör olarak doğan çocuklar daha baştan beri içinde bulundukları koşullarla büyür ve görenlerle aralarındaki farkları ve onlarla olan konumlarını ancak düşünsel çıkarsamalarla anlayabilir. Sonradan kör olanlar ise içinde bulundukları durumu kör olmadan önceki koşullarıyla kıyaslayarak değerlendirir (Demirci, 2005).

Toplumun Görme Engellilere Bakışı: Toplumdaki çeşitli grupların körlüğü algılaması farklı düzeyde olmaktadır. Yapılan araştırmalar, körlüğü olumlu ya da olumsuz şekilde algılayan görenlerin kişilik özelliklerine göre bu algılamaların farklılaştığını, pek çok kişinin körlüğe ilişkin bazı önyargılı ve reddedici görüşlere sahip olduğunu ve körleri genellikle aciz ve başkalarına bağımlı kişiler olarak algıladıklarını göstermektedir (Demirci, 2005; Enç, 2005; Monbeck, 1974; Özyürek, 1988).

Monbeck (1974) körlere yönelik anlayış ve tutumları ele aldığı çalışmasında görenlerin körleri aşağıda gösterilen on beş kategoride algıladıklarını belirtmektedir:

1. Körler acınacak ve duygusal olarak yakınlık gösterilmesi gereken kişilerdir.
2. Sefil halledirler.
3. Karanlık bir dünyada yaşarlar.
4. Çaresizlerdir.
5. Kafaları fazla çalışmaz.
6. Yararsız kimselerdir.
7. Dilencidirler.
8. Aykırı davranışlar gösterirler.
9. Görme eksikliği bir şekilde telafi edilmiş durumdadır.
10. Geçmişte işledikleri bir günahın ötürü cezalandırılmışlardır.
11. Kendilerinden korkulur, uzak durulur ya da reddedilirler.
12. Bulundukları ortama uyum sağlayamazlar.
13. Ahlak kurallarını tanımayan kötü kişilerdir.
14. Görenlerden daha üstündürler.
15. Gizemli kişilerdir.

Listede yer alan kategorilerin büyük bir kısmında görme engelliler ya aşırı olumsuz ve küçültücü bir bakış açısıyla işe yaramaz ve muhtaç kimseler; ya da tam tersi, aşırı olumlu ve yüceltici bir bakış açısıyla insanüstü ve her şeyi yapmaya muktedir olarak görülmektedir. Toplumun körlüğü algılayışının genellikle bu iki uçtan birinde yer alıyor olması, körlerin toplumsal yaşamda olağan bir şekilde yer almasının önündeki en önemli engellerden biridir (Carlson ve Carlson, 1995).

Ülkemizde de bazı aileler hâlâ çocuklarının kör oluşunu daha önce işlemiş oldukları günahlar nedeniyle kendilerine verilen bir ceza olarak görmekte ya da bu durumun kendilerini zührevi hastalık taşıdıkları şüphesinde bıraktığından endişe etmekte ve bu nedenle çocuklarının körlüğünden utanarak onları toplum dışında tutma eğilimindedir (Enç, 2005).

Yukarıda bahsedilen durumların tümü, körlerde zaman zaman rastlanan duygusal düzensizlik ve toplumsal uyumsuzluk hallerinin doğrudan doğruya körlüğün sonucu olarak değil, daha çok toplumsal algı ve tepkilerin olumsuzluğundan kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir (Enç, 2005). Görme engelliler için esas sorun, görme yetisinin kaybından da öte toplumun görme engellilere gösterdiği, yanlış bilgiye dayalı, nezaketsiz tutumdur (Carlson ve Carlson, 1995).

Demirci'nin (2005) Robert Scott'tan alıntılıdığı şu ifade bu görüşü daha iyi açıklıyor:

“Özür öğrenilen, toplumsal bir roldür. Körleri tasvir ettiği kabul edilen çeşitli tutumlar ve davranış biçimleri, körlerin yaşadığı koşullardan türememekte; olsa olsa kişinin toplumsal öğrenme süreçlerinde öğrendiği tutumlar ve davranış kalıpları olarak kendini göstermektedir. Körler de bütün insanlar gibi sosyalleşme yoluyla öğrenir. Bu arada kendilerine yönelik toplumdaki kanıları, yanlış anlayış ve tutumları da diğer davranış ve tutumlarla birlikte alırlar.”

1.2.5. Görme Engellilerin Çalıştığı İşler

Uygun fırsatlar sağlandığında görme engelliler çeşitli meslek gruplarında başarıyla çalışabilir ve toplumsal yaşama aktif olarak katılabilirler. Bu meslek gruplarını alanlarına göre şu şekilde sınıflandırmak mümkündür (Enç, 2005):

- a. **Hizmet alanı:** Avukat, din görevlisi, fizyoterapist, gazeteci, masör, müzisyen, öğretmen, piyano akortçusu, politikacı, santral memuru, sekreter, yönetici, vb. Görme engellilerin hizmet alanında çalışabileceği meslek grupları ilerleyen teknoloji ve mali imkânlar ölçüsünde farklılaşabilmektedir. Örneğin Kendrick (2001) Amerika Birleşik Devletleri'ndeki görme engellilerin sağlık sektöründe şu mesleklerde çalıştığını belirtmektedir: Adli psikiyatrist, mesleki terapi asistanı, tıbbi çevirmen, masaj terapisti, hemşire, radyoloji – karanlık oda teknisyeni, genetik danışman, klinik psikolog, tıbbi yazıcı, dil ve konuşma patoloğu, vb.
- b. **Endüstri alanı:** Ambalaj, montaj, sınıflandırma, ıskartaları ayırma, delik açma vb. işlemleri yapan, zımba ve benzeri makineleri kullananlar.
- c. **El sanatları alanı:** Süpürge, fırça, file veya ağ ören, sandalye, hasır ve sepet işleriyle uğraşanlar.
- d. **Tarım alanı:** Kesimlik ya da mandıra ürünleri için büyükbaş hayvan besleyen, yumurta ya da kesim için çeşitli kümes hayvanları yetiştirenler, sebze ve meyvecilik, seracılık ve arıcılıkla uğraşanlar.

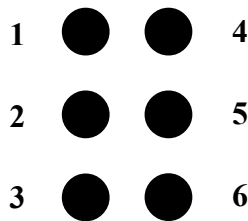
Ülkemizde yaptıkları işte başarılı olmuş görme engelliler arasında Âşık Veysel Şatıroğlu (1894-1973), pedagog Doç. Dr. Mitat Enç (1909-1990), yazar ve düşünür Cemil Meriç (1916-1987), avukat ve yazar Gültekin Yazgan (1927–), sanatçı Kâni Karaca (1930-2004), müzik tarihçisi Prof. Önder Kütahyalı (1936–), ressam Eşref Armağan (1953–), milletvekili Lokman Ayva (1966–) ve sanatçı Metin Şentürk (1966–) sayılabilir (Demirci, 2005; Seyyar, 2006; Yazgan, 2002).

1.2.6. Kabartma Yazı Sistemleri

Görme engellilerin kabartma yazılara dokunarak okuyabileceği fikrinden ilk kez İtalyan hekim Francesco Lana Terzi (1631-1687) *Prodromo overo saggio di alcune invenzione nuove* isimli eserinde (1670) bahsetmiştir (Jiménez ve ark., 2009). İlerleyen yüzyıllarda yeni uygulamalar denenmişse de günümüze işlevini koruyarak kalan sadece “Braille” ve “Moon” yazı sistemleri olmuştur (Dudley, 1990; Farrell, 1969). Bugün 95 dilde kullanımı olan Braille yazı sistemini UNESCO, 21 Şubat 2005 Uluslararası Anadil Günü’nde “hayati öneme sahip bir dil” olarak kabul etmiştir (Jiménez ve ark., 2009; UNESCO, 1990).

1.2.6.1. Braille Alfabeti

Dünyanın pek çok yerinde görme engelliler özel eğitim alarak, kabartılmış altı nokta esasına dayanan bir yazı sistemiyle okuyup yazabilmektedir. 1824 yılında Fransız Louis Braille (1809-1852) tarafından geliştirilen bu yazı sistemi “Braille yazı” adıyla bilinir (Bullock ve Galst, 2009; Demirci, 2005; Özyürek, 1998; Shapiro, 1975). Sistemin temelini, düşey bir biçimde yan yana dizilmiş üçer noktalı iki sıradan oluşan toplam altı noktalık matrisin farklı kombinasyonlarda kabartılması oluşturur (Jiménez ve ark., 2009; Sardegna ve ark., 2002). Karakterleri betimlemede kolaylık sağlamak amacıyla bu noktalar soldan aşağı doğru birinci, ikinci ve üçüncü nokta; sağdan aşağı doğru ise dördüncü, beşinci ve altıncı nokta olarak isimlendirilir (Özyürek, 1998).



Braille hücrelerinin sıralanışı

Braille yazıda her harfin belirli bir nokta sayısı ve sabit bir nokta aralığı ile eşit nokta büyüklükleri mevcuttur. Her harfin birebir karşılığı olması gerek yazmada zaman

kaybı ve yazının çok yer tutması, gerekse okumanın yavaş ve zor olması dikkate alınarak *Kısaltma Yazılı Braille* sistemi kullanılmaktadır. Bu sisteme göre Braille alfabesinde kelimeler harf harf değil, bazı kısaltmalarla ifade edilir (MEB, 1991). Ancak ilerleyen bölümlerde de görüleceği gibi Kısaltma Yazılı Braille sisteminin ilaç ambalajı üzerinde kullanımı tavsiye edilmemektedir.

Braille yazı sistemi günümüzde sadece alfabedeki harfleri değil rakamlar, matematiksel işaretler, formüller ve müzik notalarını ifade etmek için de kullanılmaktadır (Pierce ve Cheadle, 2005).

Özel baskı aletleri veya kabartma yazı daktilolarından Braille yazı çıktıları almak ya da kâğıt üzerinde uygun şekilde kabartma harfler oluşturmaya yarayan tablet sistemi aracılığıyla Braille yazılı not tutmak mümkündür (Özyürek, 1998; Pierce ve Cheadle, 2005).

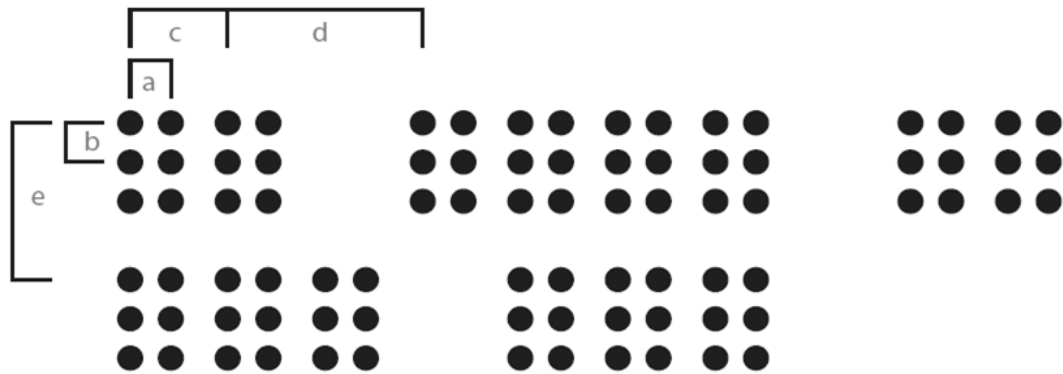
Sunduğu tüm bu olanaklara rağmen görme engelliler arasında Braille alfabesini kullananlar azınlıktadır (EBU, 2010). Görme engelli nüfusun, çoğunluğu doğuştan kör olan yaklaşık % 10'luk kısmı Braille alfabesini okuyabilmektedir (Little, 2006). Bunun sosyoekonomik durum, çevre ve yaşa bağlı olduğu tahmin edilmektedir. Örneğin görme engellilerin büyük kısmını oluşturan yaşlılar arasında parmak ucu duyu kabiliyetinin azalmasına bağlı olarak, Braille alfabesi öğrenim oranı oldukça düşüktür (Little, 2006; Stone ve Curtis, 2002).

Ülkemizde kabartma yazı okuyan görme engellilerin sayısı bilinmemekle birlikte Avrupa'daki görme engelliler arasında kabartma yazı okuyabilenler % 10-20 arasında değişmektedir (EBU, 2010). Almanya'da 155.000 körün (toplam görme engelli sayısı yaklaşık 500.000) sadece 28.000'i (% 18,06) Braille alfabesini okuyabilmektedir (Anonim, 2006; Wesch, 2010).

Braille alfabesi Türkiye'de ilk kez 1920'lerde diğer dillerdeki yazım sistemleri esas alınarak hazırlanan Türkçe adaptasyonla kullanılmaya başlanmış, 1951 yılında UNESCO'nun düzenlediği Paris Konferansı'nda alınan kararla da Türkçe Braille yazı sistemi son halini almıştır (MEB, 1991).

Marburg Medium Yazım Standardı: Braille alfabesinin yazımına ilişkin kurallar ülkeler arasında farklılık gösterebilmektedir. 12 Ocak 2009 tarihli Avrupa Komisyonu Beşeri Tıbbi Ürünlerin Etiket ve Ambalaj İçeriğinin Okunabilirliği'ne İlişkin Kılavuz'a göre ilaç ambalajı üzerinde kullanılacak Braille yazının *Marburg Medium* standardına uygun olması gerekmektedir (EC, 2009; ECMA, 2005).

Marburg Medium standardı Şekil 1.6'da gösterilmiştir (ECMA, 2005).



Şekil 1.6. Marburg Medium Braille yazı standart matrisi

Boyutlar:

a = 2,5 mm (nokta merkezleri arasındaki mesafe)

b = 2,5 mm (nokta merkezleri arasındaki mesafe)

c = 6,0 mm (aynı kelime içindeki harflerin nokta merkezleri arasındaki mesafe)

d = 12,0 mm (birbirini takip eden farklı kelime içindeki harflerin nokta merkezleri arasındaki mesafe)

e = 10,0 mm +0,0 mm/-0,1 (satır aralarındaki mesafe)

Türkçe Braille Alfabeti (MEB, 1991; UNESCO, 1990)

					
a (1)	b (1-2)	c (1-4)	ç (1-6)	d (1-4-5)	e (1-5)
					
f (1-2-4)	g (1-2-4-5)	ğ (1-2-6)	h (1-2-5)	ı (3-5)	i (2-4)
					
j (2-4-5)	k (1-3)	l (1-2-3)	m (1-3-4)	n (1-3-4-5)	o (1-3-5)
					
ö (2-4-6)	p (1-2-3-4)	r (1-2-3-5)	s (2-3-4)	ş (1-4-6)	t (2-3-4-5)
					
u (1-3-6)	ü (1-2-5-6)	v (1-2-3-6)	y (1-3-4-5-6)	z (1-3-5-6)	

Türkçede yer almadığı halde Türkiye'deki ilaç isimlerinde geçen İngiliz ve Fransız alfabelerindeki harflerin Braille karşılıkları şu şekildedir (Carlson ve Carlson, 1995):

			
é (1-2-3-4-5-6)	q (1-2-3-4-5)	w (2-4-5-6)	x (1-3-4-6)

Bazı Noktalama İşaretleri ve Özel Gösterimler (MEB, 1991)

Nokta işareti (2-5-6)	⠠⠠	Virgül işareti (2)	⠠⠠
İki nokta işareti (2-5)	⠠⠠	Kesme işareti (3)	⠠⠠
Kısa çizgi işareti (3-6)	⠠⠠	Parantez işareti (2-3-5-6)	⠠⠠
Büyük harf işareti (6)	⠠⠠	İtalik işareti (4-6)	⠠⠠

Rakam ve Sayılar (MEB, 1991)

⠠⠠	⠠⠠	⠠⠠	⠠⠠
1 (3-4-5-6,1)	2 (3-4-5-6,1-2)	3 (3-4-5-6,1-4)	4 (3-4-5-6,1-4-5)
⠠⠠	⠠⠠	⠠⠠	⠠⠠
5 (3-4-5-6, 1-5)	6 (3-4-5-6,1-2-4)	7 (3-4-5-6,1-2-4-5)	8 (3-4-5-6,1-2-5)
⠠⠠	⠠⠠	⠠⠠	
9 (3-4-5-6,2-4)	0 (3-4-5-6,2-4-5)	10 (3-4-5-6,1,2-4-5)	
⠠⠠	⠠⠠	⠠⠠	
100 (3-4-5-6,1,2-4-5,2-4-5)	500 (3-4-5-6,1-5,2-4-5,2-4-5)		

1.2.6.2. Moon Alfabesi

1845 yılında İngiliz William Moon tarafından geliştirilen bu alfabe, Braille yazının aksine Latin harflerine benzer ve bu nedenle de ilerleyen yaşlarda kör olanlar tarafından öğrenimi daha kolaydır; ancak bu alfabenin kullanımı Braille alfabesi kadar yaygın değildir (Farrell, 1969). Aşağıda İngilizce Moon alfabesindeki karakterler yer almaktadır (Farrell, 1969).

^	ℓ	⊂	⊃	⌈	⌋
a	b	c	d	e	f
∩	o	l	J	<	⌒
g	h	i	j	k	l
⌋	ℵ	○	⌞	⌞	↘
m	n	o	p	q	r
/	—	∪	∨	∩	>
s	t	u	v	w	x
⌊	z				
y	z				

1.2.7. Görme Engellilerin Sağlık Alanındaki Maliyeti

Görme engellilerin sağlık alanındaki maliyetlerini oluşturan unsurlar arasında ilaç ve tedavi maliyeti, az görenlere yönelik yardımcı alet/gereç maliyeti, sağlık personeli maliyeti, hastane ve ekipman maliyeti, vb. yer almaktadır (Taylor ve ark., 2006).

Amerika Birleşik Devletleri'nde körlüğe bağlı sağlık giderlerinin yıllık ortalama 4,1 milyar \$ olduğu tahmin edilmektedir (Beverley ve ark., 2004). Bu değer Frick ve arkadaşlarına (2007) göre 5,5 milyar \$, Rein ve arkadaşlarına (2006) göre ise 16,2 milyar \$'ı bulmaktadır. Doğrudan sağlık giderleri, dolaylı sağlık giderleri ve işgücü kaybına bağlı ekonomik giderlerin toplamı ise 35,4 milyar \$'a yaklaşmaktadır (Rein ve ark., 2006).

Avustralya'da ise 2004 yılında görme engelliler için toplam 9,85 milyar \$ harcanmış ve bunun 1,8 milyar \$'ını doğrudan sağlık giderleri oluşturmuştur. On yıl öncesine göre toplam maliyet yaklaşık 1 milyar \$ artış göstermiştir (Taylor ve ark., 2006).

Dünyadaki 45 milyon kör ve 135 milyon az gören sayısının gelecek 20 yıl içinde ikiye katlanacağı öngörülmekte; görme engellilerin sağlık alanındaki maliyetlerinin gelecekte özellikle beklenen yaşam süresi uzayan toplumlarda çok daha yüksek olacağı tahmin edilmektedir (Aspden, 2007; Rein ve ark., 2006; McMahon ve Curtis, 2009; Taylor ve Keefe, 2001).

Literatürde Türkiye'deki görme engellilerin sağlık alanındaki maliyetlerini inceleyen bir çalışma tespit edilmemiştir.

1.2.8. Görme Engellilerle İlgili Mevzuat

1.2.8.1. Uluslararası Mevzuat

Görme engellilerle ilgili uluslararası mevzuat aşağıda “Engelli Haklarına İlişkin Mevzuat” ve “İlaç Ambalajı Üzerinde Kabartma Yazı Kullanımına İlişkin Mevzuat” başlıkları altında incelenmiştir.

Engelli Haklarına İlişkin Mevzuat

Engelli bireylerin vatandaşlık hakları özellikle II. Dünya Savaşı’nın ardından daha çok dikkate alınmaya başlanmıştır. Engelli hakları ilk kez “İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi”nin 25. maddesinde gündeme gelmiş, 9 Aralık 1975 tarihinde de özür-lülerin haklarını korumak amacıyla, BM Genel Kurulu tarafından “Özürlü Hakları Bildirgesi” kabul edilmiştir. Bu Bildirgeyle, engellilerin kendi kendilerine yeterli hale gelmelerini sağlayacak tedbirlerin alınması bir hak olarak kabul edilmiştir (Gökmen, 2007; Gül, 2008). 1981 yılını “Uluslararası Engelliler Yılı” olarak belirleyen BM, 20 Aralık 1993 tarihinde “Sakatlar İçin Fırsat Eşitliği Hakkında Standart Kuralları”, 13 Aralık 2006 tarihinde ise “Özürlü Kişilerin Hakları Sözleşmesi”ni yayımlamıştır (BÖİB, 2008; Gökmen, 2007).

Birleşmiş Milletler Özürlü Kişilerin Hakları Sözleşmesi (2006): Bu Sözleşme 13 Aralık 2006 tarihinde yapılan Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nun 61/106 sayılı Kararıyla kabul edilmiştir. Sözleşme, 20 ülkenin onayını takiben ve onaylayan ülkeler açısından 3 Mayıs 2008 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Sözleşme, özürlü kişilerin haklarına bütüncül bir koruma sağlayan ve bağlayıcılığı olan uluslararası nitelikteki ilk ve tek yasal araçtır (BÖİB, 2008). Sözleşmeye taraf olan devletler, tüm insan haklarının ve temel özgürlüklerin evrensel, bölünmez, birbiriyle bağlantılı ve karşılıklı bağımlı olma niteliği ile özürlü bireylerin bu haklardan herhangi bir ayrımcılığa uğramaksızın yararlanmalarının güvence altına alınması gerekliliğini teyit ederek özür-lülerin tüm insan haklarından ve temel özgürlüklerden eksiksiz yararlanmasını sağlamak için fiziki, sosyal, ekonomik ve kültürel çevreye, sağlık ve eğitim hizmetlerine, bilgiye ve iletişime erişimin önemini kabul etmektedir (BÖİB, 2008).

Sözleşmenin 25. maddesi sağlıkla ilgilidir. Buna göre Sözleşmeye taraf devletler özürlülerin özür-lülüğe dayalı ayrımcılığa uğramaksızın, ulaşılabilir en yüksek sağlık

standardından yararlanma hakkını tanıyacak ve özürllülerin sağlık ile ilgili olarak rehabilitasyon da dâhil olmak üzere, cinsiyete duyarlı sağlık hizmetlerine erişimini mümkün kılmak için tüm tedbirleri alacaktır (BÖİB, 2008). Sözleşmede görme özürllülerin sağlık hizmetlerinden görenlerle eşit şekilde yararlanabilmeleri gerektiğine 25. maddenin a bendinde şu şekilde atıfta bulunmaktadır (BÖİB, 2008):

“Parasız veya karşılanabilir bir maliyetle sağlanan sağlık bakım ve programlarının, özürllülere diğer bireylerle aynı kapsam, kalite ve standartta sağlanması ve bu hizmetlerin cinsel ve üreme sağlığı ile halk sağlığı programlarını da içermesi sağlanmalıdır.”

Amerikan Engelli Ayrımcılık Yasası (1995): Amerika Birleşik Devletleri’nde 1995 yılında kabul edilen Engelli Ayrımcılık Yasası (*The Disability Discrimination Act*) sunulan hizmetlerin herkes için erişilebilir olması gerektiği üzerinde durmakta; görme engellilerin ihtiyaç duydukları bilgilere büyük yazılı çıktı, Braille ya da Moon kabartma yazılı çıktı, kaset, CD, telefon, sesli duyuru sistemi, erişilebilir internet siteleri gibi alternatif biçimlerde ulaşabilmesi gerektiğinden bahsetmektedir. (Beverley ve ark., 2004; Connelly, 2002). Yasada eczacılar da eczanelerinin engelliler için erişilebilir olmasından sorumlu tutulmaktadır (Connelly, 2002).

İlaç Ambalajı Üzerinde Kabartma Yazı Kullanımına İlişkin Mevzuat

Avrupa Konseyi Direktif 2001/83/EC Madde 56 (2001): Avrupa Konseyi bu Direktifle⁶ 30 Ekim 2005 tarihinden sonra ruhsatlandırılacak her ilacın ambalajı üzerinde ilaç ismi ve uygun olduğu takdirde dozunun Braille alfabesiyle yazılmasını zorunlu kılmıştır (EC 2005; Merrills ve Fisher, 2006). Bu Direktife göre ambalaj içeriğinin görme engellilerin talebi üzerine, ihtiyaç duydukları biçimde ulaştırılması sorumluluğu üreticiye aittir (EBU, 2009; EC, 2009; Merrills ve Fisher, 2006).

Avrupa Konseyi Beşeri İlaçların Ambalaj ve Kullanma Talimatının Okunabilirliğine İlişkin Kılavuz (2008): Avrupa Konseyi’nin ilaç ruhsat başvuru sahiplerinin kullanımı için hazırladığı ve ambalaj yazılarının okunabilirliğini etkileyen faktörler hakkındaki Beşeri İlaçların Ambalaj ve Kullanma Talimatının Okunabilirliğine İlişkin Kılavuz’un Ambalajın ve Kullanma Talimatının Okunabilirliği başlıklı bölümün

⁶ Bu Direktifin dayanağı Komisyon’un Beşeri Tıbbi Ürünlerin Etiket ve Ambalajlanmasına İlişkin 6 Kasım 2001 tarih ve 2001/83/EC no’lu direktiftir.

4. maddesi ambalaj ve kullanma talimatı içeren kabartma (Braille) baskı kullanımının teşvik edilmesi gerektiğini ifade etmektedir (Avrupa Konseyi, 2008).⁷

Avrupa Komisyonu Beşeri Tıbbi Ürünlerin Etiket ve Ambalaj İçeriğinin Okunabilirliğine İlişkin Kılavuz (2009): 12 Haziran 2009 tarihinde yürürlüğe giren bu Kılavuz *Avrupa Komisyonu 2004/27/EC Direktifi*'nin 54(a) ve 56(a) maddeleri kapsamında hazırlanmıştır. İlaç ambalajları üzerindeki etiket ve ambalaj içeriklerinin uygun ve alıcıları tarafından anlaşılır olması ve bu sayede ilaçların daha güvenli ve doğru kullanılmasını amaçlamaktadır (EC, 2009).

Kılavuzun “Görme Engelli Hastalara Özel Tavsiyeler” başlıklı ikinci bölümünde ilaç ambalajında Braille alfabesinin kullanımına ilişkin şu tavsiyeler yer almaktadır (EC, 2009):

- Braille yazımında Marburg Medium⁸ standardı kullanılmalıdır.
- Ambalaj üzerinde (düşük hacimli ilaç kutuları hariç) kısaltmasız Braille alfabesi kullanılmalı, yazıda her harf ve karakter ayrı ayrı gösterilmelidir.
- Uygun olduğu takdirde ilaç son kullanma tarihinin de Braille alfabesiyle yazılması tavsiye edilir.
- Üreticiler kutu üzerinde ilacın farmasötik formu, hitap ettiği hasta grubu ve son kullanma tarihini yazıp yazmamakta serbesttir.
- Düşük hacimli ilaç kutularında (10 ml.'ye kadar) ambalaj üzerindeki kısıtlılık nedeniyle kısaltma Braille alfabesi, tanımı bilinen kısaltmalar kullanılabilir.
- Özellikle görme engellilerin kullanma eğiliminin yüksek olduğu, göz damlası vb. ilaç gruplarına özel önem verilmelidir.
- Birden çok dilde yazının yer aldığı ambalajlarda Braille yazı da bu dillerde ifade edilmelidir.
- Sadece sağlık personeli tarafından uygulanacak aşı, vb. ilaç formlarının ambalajında Braille yazının kullanılmasına gerek yoktur.

⁷ Metin içinde kullanma talimatı içeriği şöyle tanımlanmıştır: Kullanma talimatı içinde bulunan bilgiler, kısa ürün bilgisine (KÜB) uygun ve hastalar tarafından kolay anlaşılabilir olmalıdır (Avrupa Konseyi, 2008).

⁸ Marburg Medium Braille yazı standardına ilişkin detaylı bilgiler Marburg Medium Standardı başlığı altında yer almaktadır.

- İlacın isminin iç ambalajda (örn. blister, ampul ya da şişe üzerinde) yazımına gerek yoktur. Braille yazı sadece dış ambalajda yer almalıdır. Dış ambalajın olmadığı durumlarda ise (örn. şişe), ambalajın üretim sürecinde kendinden tutkallı Braille etiketleri yapıştırılabilir.
- Kendinden tutkallı Braille etiketlerinin talep üzerine ilaç satış ya da dağıtım noktasında yapıştırılması yanlış etiketleme ya da karışıklık riski nedeniyle tavsiye edilmemektedir.
- Braille yazının ilaç dış ambalajı üzerindeki yeri belirlenirken ambalaj üzerindeki diğer yazıların da görenlerce okunabilir olmasına dikkat edilmelidir.
- İlaç ithalatçı ve dağıtımçıları, ilaç ambalajı üzerindeki Braille yazının hedef ülkenin dilinde de yazılmış olduğundan emin olmalıdır.
- Hasta derneklerinin talebi üzerine ambalaj içeriği az gören ve körlere kendileri için en uygun şekillerde (örn. az görenler için Sans serif typefaces font, 16-20 punto, beyaz zemin üzerinde siyah yazı, uygun format ve kâğıt; körler içinse metnin sesli kayıt ya da Braille çıktıları) sağlanmalıdır. Bu konudaki sorumluluk ruhsat sahibi ya da eş ithalatçı/dağıtımçıya aittir.

EBU Tıbbi Ürünlerin Kabartma Yazıyla Etiketlenmesine İlişkin Kılavuz (2009):

Bu Kılavuz tıbbi ürün ambalajı üzerinde Braille yazı kullanımının Avrupa Birliği (AB) ülkelerinde tek tip Braille kodunun kullanıldığı ortak standartlara sahip olması amacıyla, Mart 2009 tarihinde hazırlanmıştır (EBU, 2009). EBU'ya göre tıbbi ürün ambalajı üzerinde Braille kullanımında başlıca şu kurallara uyulmalıdır (EBU, 2009):

- Braille yazımında Marburg Medium standardı kullanılmalıdır.
- Daha çok kişi tarafından okunabilir olması nedeniyle kısaltmasız Braille yazı sistemi kullanılmalıdır.
- Yazıdaki tüm harfler küçük harfle ifade edilmelidir. Büyük harf işaretinin kullanımına gerek yoktur.
- Braille yazımda Latin alfabesi esas alınmalıdır.
- Sayıların önünde “3-4-5-6” no’lu belirteç karakteri kullanılmalıdır. (örn. 2 rakamını yazmak için 3-4-5-6,1-2 no’lu işaretler kullanılmalı)

- Aksan işaretli harflerde, üzerinde aksan bulunan harfin başına “4” no’lu karakter konulmalıdır. (örn. ä, ã ve á harflerinin hepsinde “4,1” no’lu karakterler; ì, í, î ve ï harflerinin hepsinde ise “4,2-4” no’lu karakterler kullanılabilir).
- Virgül işareti için “2” no’lu karakter kullanılmalıdır.
- Nokta işareti için “3” no’lu karakter kullanılmalıdır.
- Parantez açmak ve kapatmak için “2-3-5-6” no’lu karakter kullanılmalıdır.
- Tire işareti için “3-6” no’lu karakter kullanılmalıdır.
- Yüzde ifadesi için ülkeye özgü kısaltma kullanılmalıdır. (örn. İngiltere için per cent karşılığı olarak “pc”)
- Kesirler sırasıyla sayı belirteci, sayı, taksim işareti ve ardından yine sayı ile ifade edilmelidir.
- Gram “g”, miligram “mg”, litre “l”, mililitre “ml” harfleriyle kısaltılmalıdır.
- Belli başlı şu kısaltmalar kullanılabilir: i.e. (Internationale Einheiten) karşılığı olarak “ie”, i.m. (intramuscular) karşılığı olarak “im”, i.v. (intravenous) karşılığı olarak “iv”, MIU (million international units) karşılığı olarak “miu”, s.c. (subcutaneous) karşılığı olarak “sc”, SR (sustained relief) karşılığı olarak “sr” ve U.I. (Unites Internationales) karşılığı olarak “ui”.

1.2.8.2. Türkiye’deki Mevzuat

Mevzuatta Anayasa’nın bazı maddeleri, çok sayıdaki kanun, kanun hükmünde kararname, yönetmelik, genelge ve tebliğlerde engellilere tanınan haklardan bahsedilmektedir (BÖİB, 2006). Aralarında içeriklerine göre daha kapsamlı olanlar şunlardır:

*Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*⁹: Anayasanın 10. maddesinde yer alan “herkes dil, ırk, renk, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, din, mezhep ve benzeri sebeplerle ayırım gözetilmeksizin kanun önünde eşittir,” ifadesi açıkça ifade edilmiş olmasa da engellileri de kapsamakta ve engellilerin de kanun önünde engeli olmayanlarla eşit haklara sahip olduğuna işaret etmektedir (BÖİB, 2006).

⁹ *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*. Kanun numarası: 2709, kabul tarihi: 18/10/1982, yayımlandığı Resmi Gazete tarihi: 9/11/1982, sayı: 17863.

Anayasa’da görme engellilerle birlikte, diğer engellileri de kapsayacak şekilde devletin sakatlara ilişkin yükümlülüğüne de atıfta bulunmaktadır. Anayasanın konuyla ilgili maddesi şu şekildedir (BÖİB, 2006):

“Madde 61 – Devlet sakatların korunmalarını ve toplum hayatına intibaklarını sağlayıcı tedbirler alır.”

*Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu*¹⁰ korunmaya, bakıma ve yardıma muhtaç aile, çocuk, özürlü, yaşlı ve diğer kişilere götürülen sosyal hizmetlere ve bu hizmetleri yürütmek üzere kurulan teşkilatın kuruluş, görev, yetki ve sorumluluklar ile faaliyet ve gelirlerine ait esas ve usulleri düzenlemektedir. Bu Kanunun 4. maddesinin 1. fıkrasında; özürlülerin hayatlarını sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmesinde, muhtaç özürlülerin toplum içinde kendi kendilerini idare edebilecek şekilde bakım ve rehabilitasyonlarının yapılmasında devletin yükümlülüğünden bahsedilmektedir (BÖİB, 2006).

*Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun*¹¹ Türkiye’de özürlülüğün önlenmesi, özürlülerin sağlık, eğitim, rehabilitasyon, istihdam, bakım ve sosyal güvenliğine ilişkin sorunlarının çözümü ile her bakımdan gelişmelerini ve önlerindeki engelleri kaldırmayı sağlayacak tedbirleri olarak topluma katılımlarını sağlamak ve bu hizmetlerin koordinasyonu için gerekli düzenlemeleri yapmak amacını taşımaktadır (BÖİB, 2006).

*Türk Ceza Kanunu*¹², nun Ayrımcılık başlıklı 122. maddesine göre de kişiler arasında özürlülük ve benzeri nedenlerle ayrımcılık yapmak suçtur (BÖİB, 2006).

Türkiye’de hali hazırda yürürlükte olan *Beşeri, İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Ambalaj ve Etiketleme Yönetmeliği*’nde (1991) ise ilaç ambalajı üzerinde kabartma yazı kullanımına ilişkin herhangi bir ifade yer almamaktadır.

¹⁰ *Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kanunu*. Kanun numarası: 2828, Kabul tarihi: 24/5/1983, Resmi Gazete’te yayımlandığı tarih: 27/5/1983, sayı: 18059.

¹¹ *Özürlüler ve Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun*. Kanun numarası: 5378, Kabul tarihi: 1/7/2005, Resmi Gazete’de yayımlandığı tarih: 7/7/2005, sayı: 25868.

¹² *Türk Ceza Kanunu*. Kanun numarası: 5237, Kabul tarihi: 26/9/2004, Resmi Gazete’de yayımlandığı tarih: 12/10/2004, sayı: 25611.

1.3. Görme Engellilerin Eczacılık Alanındaki İhtiyaçları

1.3.1. Görme Engellilerin Sağlık Alanında Karşılaştıkları Sorunlar

Görme engellilerin ihtiyaç duydukları her türlü sağlık bilgi ve hizmetlerinin kendilerine uygun biçimde sağlanması gerekir; ancak görme engelliler özelinde konu hakkında literatürde yer alan epidemiyolojik bilgiler sınırlıdır (Riewpaiboon, 2009). Bu ihtiyaçlar en genel ifadeyle güncel ve güvenilir her türlü profilaktik, tedavi veya rehabilite edici sağlık hizmet ve bilgilerinin ihtiyaç duyulan her yer ve zamanda, en uygun şekilde kolayca temin edilmesi esasına dayanır.

Görme engellilerin sağlık bilgi gereksinimleri görme seviyelerine göre değişebilmekte ve genellikle okuyucular, büyük yazılı çıktılar, Braille ya da Moon kabartma yazılı çıktılar, CD, e-posta, kaset, telefon, sesli bildirim ve duyurular, erişilebilir (körcül) web siteleri, sesli betimleme hizmetleri, üç boyutlu modeller, dokunsal haritalar, yardımcı kişiler, vb. kanallar aracılığıyla edinilmektedir (Aspden, 2007; Disability Rights Commission, 2006).

Sağlık bilgi ihtiyaçlarının temini sırasında karşılaştıkları sorunlar arasında şunlar yer almaktadır (Beverley ve ark., 2004; Grills ve MacDonald, 1997; Kaplan, 2006; Raynor ve Yerassimou, 1997; Simon, 2008; Timur ve ark., 2006; Williams, 1997):

- **Bilgilerin yukarıda sayılan kanallardan uygun şekilde sunulmaması:** Braille yazılı kaynakların yetersizliği, sağlık alanında bilgi veren körcül web sitelerinin bulunmaması, az görenler için büyük yazılı çıktı hizmeti verilmesi bu başlık altındaki önemli sorunlardandır. Raynor ve Yerassimou (1997) yaklaşık 500 görme engelliyle yaptıkları araştırmanın sonucunda ankete katılanların % 67'sinin kendilerine sunulan sağlık bilgilerini erişilebilir bulmadığını tespit etmiştir.
- **Yardımcı teknolojik aletlerin görme engelli kullanıcılara uygun olmayışı:** Özellikle diyabet ve astım ilaçlarının alımında kullanılan yardımcı aletlerde veya tansiyon, şeker ya da ateş ölçüm cihazlarının tasarımında görme engelli kullanıcılar genellikle dikkate alınmamaktadır.

- **Sağlık hizmetlerinin verildiği yerlere fiziksel erişimde yaşanan güçlükler:** Pek çok hastane ve sağlık kuruluşu engelliler için erişilebilir olmaktan uzaktır. Bu sıkıntı bedensel engelliler için de geçerlidir. Az görenlere yönelik olarak da mekân içindeki yazıların büyüklüğü ve oda içi ışık kontrastına dikkat edilmemektedir.
- **Sağlık hizmetlerinde kendilerine ayrılan zamanın yetersizliği ve hizmet sağlayıcılarının görme engelliliğe ilişkin ön bilgi eksikliğinin neden olduğu iletişim sorunları:** Görme engellilerin sağlık alanında kendilerine verilen bilgileri anlamaları bilgileri çok daha kısa sürede görsel yolla edinme imkânına sahip görenlere kıyasla daha uzun zaman almaktadır. Buna rağmen sağlık hizmet sağlayıcıları görme engellilere genellikle görenlerle aynı zamanı ayırmakta ve çoğu defa görme engellilerin bireysel bazda kendilerine özgü ihtiyaçlarının olabileceği gerçeğini göz ardı etmektedir (Simon, 2008). Araştırmacılar sağlık hizmeti sağlayıcılarının birçoğunun engelli kadınları asexual olarak kabul ettiklerini ve bu nedenle engelli kadınların cinsel sağlıklarının görmezden geldiğini tespit etmiştir (Kaplan, 2006; Timur ve ark., 2006).
- **Görme engellilere karşı toplumun geliştirdiği bir takım sosyal tabular ve ayrımcı muamele:** Görme engellilerin kendi kendilerine yetemeyecekleri düşüncesi bu tabular arasında en başta gelenlerden biridir.
- **Eğitim yetersizliği:** Ülkemizdeki engellilerin eğitim hizmetlerinden yararlanma oranı sadece % 2,97'dir. 2002 Türkiye Özürlüler Araştırması sonuçları da engelli kadınların % 48'inin okuma yazma bilmediğini ortaya koymaktadır (Timur ve ark., 2006).

Karşılaşılan diğer sorunlar arasında görme engellilerin bireysel anlamda kendilerine özgü ihtiyaçlarının olduğunun göz ardı edilmesi ve sağlık kampanyalarından gereğince haberdar edilememesi de yer almaktadır (Beverley, 2004; Simon, 2008). Sözgelimi Bossan (2007) Afrika'daki AIDS hastası görme engellilerin sayısının yürütülen kampanyalara rağmen yüksek olmasının nedenini sağlık kampanyalarının körcül olmamasına bağlamaktadır. Ayrıca ilerleyen yaşla birlikte görme engellilerin sağlık hizmet ve bilgilerine erişiminde karşılaştıkları güçlüklerle ek olarak işitme engellilik,

yürüme güçlüğü, kognitif bozukluklar, vb. fiziksel kısıtlılıklar da ciddi sorunlar yaratmaktadır (Raynor ve Yerassimou, 1997; Simon, 2008).

Görme Engellilerin İlaç Kullanım ve Uyunc Sorunları

Bir önceki bölümde de bahsedildiği gibi, görme engelliler sağlık alanında görme seviyelerine bağlı olarak değişebilen sıkıntılarla karşılaşmaktadır. Bu sıkıntıların arasında ilaç kullanım ve uyuncuna bağlı olanlar da yer almaktadır.

Görme engelliler, ilaç kullanımı ya da ilaçla ilgili bilgilerin temininde genellikle şu yollardan yararlanmaktadır (AFB, 2008; Aspden, 2007; Beverley ve ark., 2004; Eustace ve ark., 1982):

- İlaçlarla ilgili söylenenleri hafızalarında tutmak,
- Aile üyeleri, arkadaş ya da bir başkasından yardım almak,
- İlaç iç ve dış ambalaj şeklini hafızalarında tutmak,
- Tablet formundaki ilaçlarda farklı tablet şekillerini hafızalarında tutmak,
- Büyütücü ve aydınlatıcıları kullanmak (az görenlerde),
- Konuşan ilaç kutusu, sesli uyarılı şeker ölçüm aleti, vb. teknolojik araçları kullanmak,
- Metni Braille yazıyla basan yazıcıları kullanmak, vb.

Görme engelliler kullanacakları ilaca dair özellikle ilacın yan etkisi, ne işe yaradığı, ilaç kullanırken yapılması ya da yapılmaması gerekenler ve ilacın nasıl kullanılacağı bilgilerini edinmek istemektedirler (Dickinson ve Raynor, 2003). İlaç kullanırken sıklıkla karşılaştıkları sorunlar ise şunlardır (AFB, 2008; Beverley ve ark., 2004; Grills ve Macdonald, 1997; Little, 2006; Nascimento ve Marques, 2009; Riewpaiboon, 2009):

- Yanlış ilaç kullanımı,
- Hatalı dozda ilaç kullanımı,
- Bazı farmasötik formların (şurup, göz damlası, vb.) kullanımında karşılaşılan güçlükler,
- Son kullanma tarihi geçmiş ilaç kullanımı,

- Reçeteli ilaçların uygun zamanda temin edilememesi,
- Yanlış ilaç kullanımı ya da uygunsuz doz alımına bağlı başka rahatsızlıklar,
- İlaç kullanırken karşılaşılabilecekleri yan etkiler hakkında yeterince bilgi sahibi olmama,
- Eczanede yaşanabilecek olası hataları fark edememe,
- Gerekli ilaç bilgilerinin temininde güvenilen ya da yabancı başka bir kişiye bağımlı olma,
- İlave masraflar,
- Artan sinirsel gerginlik.

Listeye aşağıdaki sorunları da ilave etmek mümkündür (Beckman ve ark., 2005; Little, 2006):

- İlerleyen yaşlarda gelişebilecek kognitif bozukluklara bağlı ilaç uyum sorunları,
- Görme engellilerin varsa bakmakla yükümlü olduğu çocuklarının dolaylı olarak karşılaştığı ilaç kullanım ya da uyum sorunları.

1.3.2. Görme Engellilere Hizmet Sağlayıcısı Olarak Eczacı

1.3.2.1. Eczane Eczacısı ve Personelinin Rolü

Eczacı ve eczane personeli görme engelli hastalarla iletişim kurarken önceki bölümlerde detaylı olarak açıklanmış olan İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu'nda geçen şu ifadeleri mutlaka göz önünde bulundurmalıdır (İSM, 2010):

- Eczacılar, rasyonel olmayan ilaç kullanımı, beklenmeyen (*advers*) etkileri, tıbbi hataları, ürün kalitesindeki aksaklıkları veya sahte ürünlerin tespitini rapor etmelerini sağlayacak bir sistem içerisinde çalışmalarını sürdürmelidir.
- Eczacı tüm hastalarına aynı ilgiyi göstermelidir.
- Eczacı, hastalarına ilişkin tıbbi ve farmasötik bilgilerden haberdar olmalıdır.
- İlaçların güvenli ve etkin kullanılması konusunda hastaya gerekli öneriler ve bilgiler verilmeli, ilaç-ilaç, ilaç-gıda etkileşimlerinin önlenmesi için ilacın kullanım şekli hastaya açıkça anlatılmalıdır.
- Eczacı, bilgileri bir bütün halinde aktarmalı, ilacın adı, endikasyonları, dozajı, kullanım şekli, saklama koşulları, yan etkileri, beklenmeyen etkileri ve alınacak önlemler konularında bilgi sunmalıdır.
- Eczacı, hastaya bilgi aktarırken etkin bir iletişim sağlamalı, hastayı motive etmeli, verilen bilginin tedavi açısından önemini açıklamalıdır.
- Eczacı ilacın kullanım şekli ve dozu hakkında sözlü bilgilendirmenin yanı sıra yazılı bilgi de vermelidir. Bu bilgi ilaç kutusunun üzerine yazılabileceği gibi kutu üzerine yapıştırılacak etiketlere de yazılabilir.

1.3.2.2. Eczane Eczacısı ve Personelinin Görme Engellilerle İletişimi

Eczacılık hizmetlerindeki danışmanlık rolünün gereği olarak eczacılar toplumun her kesiminden hasta ve yakınlarıyla sürekli iletişim halindedir. Bu nedenle eczacılar, hasta danışmanlığında bazı iletişim becerilerini kazanmış olmalıdır; zira eczacı ile hasta arasında kurulan etkin iletişim hastaların kendi tıbbi bakım ve tedavilerini anlama ve anımsamalarını artırmanın yanı sıra tatmin ve ilaca uyum düzeylerini de yükseltmektedir (Çağırıcı ve Yeğenoğlu, 2007).

Eczaneye gelen hastanın görme engelli olup olmadığını anlamak bazı durumlarda eczacı için güç olabilir. Görme yetersizliğinin anlaşılmasında eczacı aşağıdaki belirtilerden yararlanabilir (Özyürek, 1998):

- Gözlerinin önünde bulunan ilgi çekici eşyaları takip edemeyen ya da farkına varamayanlar,
- Uzun süre aynı yere bakanlar,
- Farklı bir şekilde gözlerini döndürenler,
- Sık sık gözlerini ovan ve kaşıyanlar,
- Gözlerini ışıktan kaçırarak veya gözleri titreyenler,
- Sağa sola amaçsız uzanan ve sık sık düşenler,
- Renkli bir resmin renklerini ayıramayanlar,
- Gözlerinde kızarıklık ve yaşarma olanlar,
- Göz bebeğinin ortasında bulanıklık ve ışık geldiğinde parlama olanlar, vb.

Eczacı – gören ya da görmeyen – tüm hastalarının doğru ilaç kullanımını sağlamak ve hastalarına danışmanlık hizmeti vermekle yükümlüdür. Bu hizmeti daha iyi verebilmek ve hastasıyla etkin bir iletişim kurabilmesi için eczacının öncelikle şu konulara dikkat etmesi önerilmektedir (Bastable, 2006; Çağırıcı ve Yeğenoğlu, 2007; Dipiro, 2003; Harman ve Mason, 2002; Rappaport ve ark., 1994):

1. Danışmanlık hizmeti uygun atmosferde, dikkat dağınıcı seslerin olmadığı ya da konuşmaların başkaları tarafından duyulamayacağı ayrı bir alanda verilmelidir.
2. Hasta veya yakınının söyledikleri dikkat ve sabırla dinlenmeli, kendilerine değer verildiği hissettirilmelidir.
3. Hastanın hastalık ya da tedavisine ilişkin mevcut bilgileri değerlendirilmelidir.
4. Hastayla açık, anlaşılır ve etken yapıları bir dille konuşulmalıdır. Konuşmada herkesin kolayca anlayabileceği kelimeleri seçmeye özen gösterilmelidir. Mesleki terminolojiden mümkün olduğunca kaçınılmalı, mutlaka kullanılması gereken terimlerse açıklanmalıdır. Özellikle yaşlı hastalarla daha yavaş konuşmalı ve verecekleri cevaplar için daha fazla zaman vermelidir.

5. Görüşme eczacının kontrol ve yönlendirmesinde olmalıdır.
6. Hastaya uygun ilaç kullanım bilgisi verilmelidir.
7. Hastaya ilkin temel, ardından tamamlayıcı sorular sorarak hastanın cevapları öğrenilmelidir.
8. İlaç kullanım talimatları hastaya mantıksal bir sıra içerisinde aktarılmalıdır.
9. Anlatılanlar özetlenmelidir.
10. Hastanın kendisine verilen bilgiyi doğru anlayıp anlamadığı kontrol edilmelidir.
11. Hastayla yapılan görüşmenin mahremiyeti korunmalıdır.

Engellilerle kurulan iletişimde özellikle dikkat edilmesi gereken hususlar ise Uslu (2005) tarafından ele alınmıştır. Buna göre görme engellilerle kurulan iletişimde şunlara dikkat edilmelidir (Uslu, 2005):

- Hâfız, âmâ gibi eski dönemlerden kalan kelimeler, anlaşılmaz tanımlama ya da alçaltıcı ifadeler (değişik yetili, kendinden elektriği kesik, kara gözlüklü, beyaz bastonlu, vb.) kullanılmamalıdır.
- Kişi konuşmaya başlamadan önce kendini tanıtmalı, isim ve varsa görevini söylemelidir. Önceden tanıyor olsa bile adını söyleyerek kimliğini belirtmelidir.
- Görme engellinin doğrudan kendisine hitap edilmelidir. Görme engelli kişi yerine refakatçisini muhatap almak ülkemizde sık düşülen yanlışlardan biridir.
- Yardım etmeden önce izin alınmalıdır.
- Kullandığı beyaz baston ya da varsa rehber köpeğine dokunulmamalıdır.
- Acele ettirilmemelidir.
- Mahremiyeti ve kişilik haklarına saygılı olunmalıdır.
- Engelleri karşısında aşırı heyecanlı tepkiler vermekten kaçınılmalıdır.

Görme engellilere sunulacak eczacılık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik olarak Amerikan Körler Vakfı (AFB) bir kılavuz hazırlamıştır¹³. Kılavuzun “İlaç Etiketlerine Yönelik Genel Tavsiyeler” başlıklı bölümünde şu tavsiyeler yer almaktadır (AFB, 2005):

- Az görenler için mümkün olan en büyük yazı karakterinin kullanıldığı etiketler verilmelidir.
- “Tırnaklı” yazı karakterleri yerine *Arial*, *Verdana*, *APHontTM*, vb. fontlar kullanılmalıdır. APHontTM¹⁴ özellikle az görenler düşünülerek oluşturulmuş bir fonttur ve az görenlerin okuma ve anlama hızlarının bu fontun kullanıldığı yazılarda artış gösterdiği belirlenmiştir.
- Büyük ve küçük harfler birlikte kullanılmalı, sadece büyük harflerin oluşturduğu metinler mümkünse kullanılmamalıdır.
- Etiketlerde kalın (*bold*) harfler kullanılmalı; italik, oblik ya da kondense karakterler kullanılmamalıdır.
- Kullanılan kâğıt ve etiketler parlak olmamalı; etiketin üzerine bantlanmamalıdır.
- Etiket ilaç ambalajı üzerine yapıştırılırken, ambalaj üzerinde ilacın adı ve dozu kesinlikle kapatılmamalıdır.
- Mümkünse ilacın yazılı tarifi ya da fotoğrafı hastaya verilmelidir. Buna alternatif olarak hastalar, ilaç kutularının fotoğraflarının bulunduğu web sitelerine¹⁵ de yönlendirilebilirler.
- Eğer eczacı etiketlerin büyük yazılı çıktılarını alıyorsa, bu doğrudan hastanın kendisine iletilmelidir.

Kılavuzun “Kullanıcı İlaç Bilgisine Yönelik Özel Tavsiyeler” başlıklı bölümünde ise eczacının görme engellilere karşı sorumluluklarının şunlar olması gerektiği belirtilmektedir (AFB, 2005):

¹³ Bu kılavuzun tam metnine www.ascpfoundation.org veya www.afb.org/pharmacistguidelines sitelerinden ulaşılabilir.

¹⁴ APHontTM fontu www.aph.org/products/aphont.html sitesinden ücretsiz olarak indirilebilir.

¹⁵ Yurtdışında ilaç bilgi ve ambalaj fotoğraflarına ulaşılabilen web sitesi örnekleri arasında www.mypillbox.org/mypillbox.php, www.healthline.com, www.webmd.com, vb. sayılabilir. Türkiye’de ilaç ambalajlarının fotoğraflarına hastaların internet üzerinden erişebilmesini sağlayan ve bilimsel açıdan güvenilir bir web sitesi araştırmanın yapıldığı tarihte bulunmamaktadır.

- İlacın doğru, etkin ve güvenilir bir şekilde kullanımını sağlayacak tüm bilgiler (uyarılar, yan etkiler, hazırlanış şekli, saklama koşulları, vb. bilgiler de dâhil) görme engelli hastalara hem sözlü hem de daha sonra erişebilecekleri bir formatta aktarılmalıdır.
- Yazılı metinler en az 18 punto büyüklüğünde olmalıdır¹⁶.
- Hasta bilgisayar kullanıyorsa ilaçla ilgili bilgiler elektronik ortamda hastaya iletilmelidir.
- Hastanın internet erişimi varsa ilaç kullanım bilgi web sitelerine yönlendirilmelidir.
- Braille yazıyı okuyabilen hastalar için “ilaç kullanım bilgileri” Braille yazı çıktısı olarak verilmeli ya da hasta Braille yazı çevirim hizmetlerine yönlendirilmelidir.

Buraya kadar bahsedilen önerilerin dışında araştırmacılar az görenler için ilacın kendi ambalajından farklı bir konteynıra konabileceği fikrinden de bahsetmektedir (Coates, 1999).

1.3.2.3. Eczanenin Görme Engelliler İçin Fiziksel Erişilebilirliği

Eczanelerin de aralarında bulunduğu sağlık hizmeti sunan birimlerin görme engelli hastalar tarafından erişilebilir olması hastalığın teşhis edilmesi ya da tedaviye başlanması için gerekli olan en önemli şartlardan birisidir (Cox, 2002).

Türkiye’deki engelliler toplumsal hizmet ve etkinliklere erişimlerini sınırlayan mimari ve çevresel engellerle karşılaşabilmekte; özellikle sağlık merkezleri, engelliler için mekânsal olarak ulaşılması imkânsız ve/veya çok uzakta olabilmektedir (Timur ve ark., 2006). Benzer durumun eczaneler için de geçerli olduğu varsayılabilir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde 1995 yılında kabul edilen Engelli Ayrımcılık Yasası’na (*The Disability Discrimination Act*) göre eczacılar eczanelerinin tekerlekli sandalyeyle erişilebilir olmasından sorumlu tutulmaktadır (Bellingham, 2004; Disability Rights Commission, 2006).

¹⁶ İngiliz Kraliyet Körler Enstitüsü’ne (RNIB) göre az görenler için hazırlanan yazılar en az 14 punto, tercihen tek renk zemin üzerine bold yazılı ve 16-22 punto büyüklüğünde olmalıdır (Harman ve Mason, 2002).

Eczacılar, eczanelerinin engelliler için daha erişilebilir olmasına yönelik şu tedbirleri alabilirler (Connelly, 2002; Eldridge, 1978; Uslu, 2005):

Tekerlekli sandalye kullanıcılarına yönelik tedbirler: Eczane girişinde tekerlekli sandalye kullanıcılarının ulaşabileceği yükseklikte bir zilin yer alması ve gerekli hallerde bu zili kullanarak eczane personelinden yardım isteyebilmesi; eczane giriş kapısının en az bir tekerlekli sandalyenin rahatça geçebileceği genişlikte olması, kapının kolay açılabilir olması, tezgâhın aşırı yüksek olmaması, eczane içerisinde tekerlekli sandalyenin manevra yapabileceği genişlikte boş alanın olması.

Az görenlere yönelik tedbirler: Kapının kolay açılabilir olması, eczane zemini ile mobilya arasında renk karışıklığına dikkat edilmesi, zeminin kaygan ya da üzerinde dağınıklığın olmaması, eczane içerisindeki işaret, etiket ve yazıların uygun büyüklükte olması, rehber köpeği olan az görenlerin köpeklerle içeri girebileceği uygun fiziki ortamın sağlanması, iş yerindeki eşyaların yerlerinin mümkün olduğunca değiştirilmemesi.

Körlere yönelik tedbirler: Kapının kolay açılabilir olması, eczane mobilyaları, raf, stantların yürüyüş alanını daraltmayacak şekilde düzenli yerleştirilmesi, zeminin kaygan ya da üzerinde dağınıklığın olmaması, rehber köpeği olanların köpeklerle içeri girebileceği uygun fiziki ortamın sunulması, iş yerindeki eşyaların yerlerinin mümkün olduğunca değiştirilmemesi.

Bu düzenlemelerden sadece engelliler değil; aralarında bebek arabası süren, elinde büyük çanta taşıyan ya da yaşlıların olduğu hasta ve hasta yakınları da yararlanabilmektedir (Connelly, 2002).

1.3.3. İlaç Ambalajı Üzerinde Kabartma Yazının Kullanımı

Avrupa Konseyi 6 Kasım 2001 tarih ve 2001/83/EC no’lu direktifle 30 Ekim 2005 tarihinden sonra ruhsatlandırılacak her ilacın ambalajı üzerinde ilaç ismi ve uygun olduğu takdirde dozunun Braille alfabesiyle yazılmasını zorunlu kılmıştır (EC 2005; Merrills ve Fisher, 2006). Bu direktife göre ambalaj içeriğinin görme engellilerin talebi üzerine, ihtiyaç duydukları biçimde ulaştırılması sorumluluğu üreticiye aittir (EBU, 2009; EC, 2009; Merrills ve Fisher, 2006). Konuyla ilgili detaylı bilgiler “Görme Engellilerle İlgili Uluslararası Mevzuat” başlıklı bölümde verildiği için burada tekrar edilmeyecektir.

1.3.4. İlaç Kullanımında Yardımcı Teknolojik Aletler

İlaç kullanımında yardımcı aletler düşük ve yüksek teknoloji aletler olarak sınıflandırılabilir. Görme engellilerin yardımcı teknolojik alet ihtiyaçları bireysel farklılıklar gösterebilir. Görme engelli grubun yaş, sahip olunan diğer engel türleri, sosyoekonomik durum, görme engellilik oranı, bilgisayar ya da yardımcı teknolojik aletleri kullanabilirlik açısından kendi içinde homojen bir dağılım göstermemesi nedeniyle tek bir aletin tüm görme engelliler tarafından kolaylıkla kullanılabileceğini söylemek güçtür (AFB, 2008). Yardımcı teknolojik aletlerin şu özellikleri taşıması tavsiye edilmektedir (AFB, 2008):

- Temel ilaç bilgilerini açık, kolay anlaşılır ve mümkün olduğunca güncel şekilde sağlamalıdır.
- Görme engelli bireylerin çoğunluğu için ulaşılabilir olmalıdır.
- Kullanımı kolay ve fiyatı uygun olmalıdır.

Düşük Teknolojili Aletler: Düşük teknoloji aletler arasında şunlar yer almaktadır (Corlett, 1996; Rosenberg ve Sperazza, 2008):

- Dosette adıyla da bilinen periyodik (günlük, haftalık, aylık) doz hatırlatma kutuları¹⁷,

¹⁷ Doz hatırlatma kutularına farklı firmalar tarafından üretilen *Dosett* (Ri-Med), *Nomad* (Surgichem) ve *Manrex* (Boots) örnek verilebilir.

- Ölçek aletleri,
- Göz damlası kullanımında yardımcı aletler¹⁸,
- Büyüteçler,
- Kabartma yazı etiket basma çarkı (*Braille hand held gun*), vb.

Doz hatırlatma kutusu kontaminasyon riski nedeniyle sekiz haftadan fazla kullanılmamalı; ayrıca serin, kuru ve ışık almayan bir yerde saklanmalıdır (Corlett, 1996).

Yüksek Teknolojili Aletler: Yüksek teknoloji aletlere şu örnekler verilebilir (Chiang ve ark., 2005; Clark ve Bourne, 1999; Cramer, 1998; Engelhardt ve ark., 2001; Forcinio, 2003; Little, 2006; Subaşıoğlu, 2000; Uslan ve ark., 2007):

- Braille yazıcı ya da daktilolar,
- Bilgisayardaki yazıyı Braille yazıya çeviren elektronik tabletler,
- Mikro elektronik doz gösterim araçları (inhaler doz ölçümlerinde),
- Matbu basılı yazı karakterlerini tanıyabilen optik okuma programlı (OCR) aletler,
- Farklı ürün ya da ambalajları ayrı ayrı sesli etiketleme ve stoklamaya yarayan RFID (*Radio frequency identification*) teknoloji aletler,
- Ses kayıt/dinleme teknoloji aletler¹⁹,
- Telemikroskoplar,
- Yazılı metni seslendiren Kurzweil aleti,
- Sesli reçete etiket (*voice prescription label, VPL*), dinlenebilir reçete etiketleme (*audible prescription labeling*) ya da akıllı etiket (*smart label*) sistemleri²⁰,
- İlacın alınacağı saatte sinyal veren alarmlar, vb.

Ses kayıt/dinleme teknoloji aletler grubunda yer alan konuşan ilaç kutusu kullanım açısından son derece pratiktir. Sesli reçete ya da akıllı etiket sistemi ise hastanın, reçetesinde yazan tüm bilgileri içine yerleştirilen bir çip aracılığıyla sesli bir elektronik düzenden dinleyebilmesi esasına dayanmaktadır (Lang, 2003). Bu sayede has-

¹⁸ Göz damlası kullanımında yardımcı aletlere farklı firmalar tarafından üretilen *Autosqueeze* (Owen Mumford), *Opticare* (Cameron Graham Associates), *Autodrop* (Owen Mumford), vb. örnek verilebilir.

¹⁹ Bu gruba sesli tansiyon aleti, sesli ateş ölçer, konuşan ilaç kutusu, vb. örnek verilebilir.

²⁰ Bu gruba şu iki ürün örnek verilebilir: Aloud[®] ve ScripTalk[®].

tanın reçetesinde yer alan hasta adı, ilaç adı ve dozu, kullanım talimatı, uyarılar, hekimin adı, tarih, reçete numarası, reçetenin işleme konulduğu eczanenin adı, adresi ve telefon numarası gibi bilgilerin tamamı bir çipe aktarılmakta ve hasta VPL aleti aracılığıyla ihtiyaç duyduğu bilgiyi sesli olarak dinleyebilmektedir. Bu sistemde hasta yeni bir reçeteyi almak için eczaneye geldiğinde bir önceki reçeteye ilişkin bilgilerin kayıtlı olduğu çip de güncellenebilmektedir (Engelhardt ve ark., 2001; Lang, 2003).

1.3.5. İnternet Üzerinden İlaç Bilgisi Sağlanması

Bilgisayar teknolojisinde özellikle son yirmi yılda yaşanan gelişmeler sayesinde görme engelliler de bilgisayar ekranındaki yazıları özel seslendirme programları²¹ aracılığıyla dinleme ya da kabartma yazı klavyeleriyle Braille yazısı olarak okuma imkânına kavuşmuştur²² (Chiang ve ark., 2005; Subaşıoğlu, 2000). Az görenler ise *ZoomText*, *PC Lens*, *Soft Wista*, *Artic Focus*, *Panaroma* gibi ekran büyütücü yazılımlar ya da Kapalı Devre Televizyon Sistemleri (*closed-circuit television systems*, *CCTS*) sayesinde bilgisayarı çok daha etkin kullanabilir hale gelmişlerdir (Chiang ve ark., 2005; Subaşıoğlu, 2000). İçerik özeti yapan (*content extraction*) ara yüz programlarıyla da yoğun içerikli site hakkında kısa sürede bilgi edinmek mümkün olmuştur (Chiang ve ark., 2005).

İnternet, hastaların ilaç ve tedavileri hakkında ihtiyaç duydukları bilgilere ulaşmasına imkân vermektedir. Hastaya verilen ilaç ambalaj içeriğinde yer alan hasta bilgilendirme formları bazı ülkelerde sağlık otoritelerinin kontrolünde özel olarak hazırlanmakta ve düzenli olarak güncellenen web sitelerinde yayınlanmaktadır. Dileyen hastalar ilaçlarıyla ilgili bilgi metinlerini bu sitelerden sesli olarak dinleyebilir ya da büyük yazılı çıktısını alabilirler. Bu uygulamaya örnek olarak Fransa’da HandicapZéro Derneği’nin girişimleriyle hayata geçirilmiş olan “www.pharmabaille.fr”, İngiltere’de İngiliz Kraliyet Körler Enstitüsü (RNIB) tarafından kurulan “www.xpil.medicines.org.uk” ve Almanya’da Rote Liste® Service

²¹ Türkiye’de en yaygın şekilde kullanılan GVZ® isimli programdır.

²² Raymond Kurzweil isimli araştırmacı 1976 yılında yazılı metinleri yüksek sesle okuyan bir teknolojik alet geliştirmiş ancak benzer teknolojinin bilgisayar ortamında kullanımı özellikle 1990’lı yıllarda yaygınlaşmaya başlamıştır (Subaşıoğlu, 2000).

GmbH ve Alman Görme Engelliler Derneği DBSV'nin işbirliğiyle kurulan “www.patienteninfo-service.de” web siteleri gösterilebilir (Anonim, 2010; Eustache, 2006; Eustache, 2009; Parker, 2007).

Erişimin ücretsiz olduğu “www.pharmabaille.fr” web sitesinde dört bine yakın ilaca ait bilgi yer almakta ve site aracılığıyla dileyen görme engellilere ilaçlarıyla ilgili metinler 24 saat içerisinde seçtikleri formatta (Braille yazılı çıktı, büyük yazılı çıktı, ses kaydı) adreslerine gönderilmektedir (Eustache, 2006). Sistemden sadece görme engelliler değil, tüm hastalar yararlanabilmektedir.

Sunduğu tüm olanaklara rağmen internet üzerinden ilaç bilgisi sağlama sistemlerinin bazı dezavantajları da bulunmaktadır (Aspden, 2007; Chiang ve ark., 2005):

- Sisteme sadece internet kullanıcısı olan görme engelliler ulaşabilecektir. Chiang ve ark. (2005) tarafından yapılan araştırmada Amerika'daki 15-64 yaşları arasındaki görme engellilerden sadece % 53'ünün internet erişimi olduğu belirlenmiştir.
- Salt metin yerine görsel detay, fotoğraf veya linklerin yer aldığı internet siteleri görme engelliler için uygun değildir.
- İnternette yer alan bilgiler her zaman doğru olmayabilir. Bugün internette yayınlanan sağlıkla ilgili sitelerin büyük bir çoğunluğu sağlık konusunda eğitimi olmayan kişiler tarafından çoğu zaman ticari kaygıyla hazırlanmıştır ve güvenilir değildir.
- Yazım hatası nedeniyle benzer isimli ilaçlar birbirleriyle karıştırılabilir.

1.3.6. Telefonla İlaç Bilgisi Sağlanması

Hastaların, kullandıkları ilaçların yan etki, geçimsizlik, ilaca ilişkin uyarılar, vb. prospektüs bilgilerine ulaşabilmesi ve gerekli durumlarda danışmanlık hizmeti alınmasında telefonla ilaç bilgisi sağlama sistemi²³ çok sayıdaki ülkede başarıyla kullanılmakta olan bir alternatiftir (Aspden, 2007; Eustache, 2006; Parker, 2007; Siebenand, 2009).

Hastalara en kısa sürede, en doğru bilgiyi vermesi yönüyle özellikle tercih edilen telefon görüşmeleri zaman zaman hasta ile ilacı aldığı eczanenin eczacısı arasında, ancak daha yaygın olarak ulusal/bölgesel telefon danışma hatları aracılığıyla gerçekleşmektedir (Aspden, 2007; Eustache, 2006; Raynor ve Yerassimou, 1997). Bu sisteme Avusturya'daki *Hotline für Blinde*²⁴, Fransa'daki *HandicapZéro* hattı²⁵, İngiltere'deki *X-PIL* hattı²⁶, Macaristan'daki *MLN* hattı²⁷ örnek verilebilir (Eustache, 2006; Németh ve ark., 2007; Parker, 2007). Bu hatlardan yararlanan görme engelliler dilerse ihtiyaç duydukları bilgilerin Braille ya da büyük yazılı çıktılarını da temin edebilmektedir (Parker, 2007).

Ulusal/bölgesel telefon danışma hatları aracılığıyla bilgi sağlanması iki farklı şekilde olabilir (Eustache, 2006; Raynor ve Yerassimou, 1997):

- a. **Otomasyona bağlı görüşme:** Bu sistem gerçek zamanlı görüşmeye göre daha hızlı ve maliyet etkin sayılmaktadır. Macaristan'da kullanılan ve ses tanıma (*voice recognition*) teknolojisinden yararlanan MLN ilaç bilgi hattı ve İngiltere'deki X-PIL ilaç bilgi hatlarında otomasyona bağlı görüşme sistemi kullanılmaktadır (Németh ve ark., 2007; Parker, 2007).
- b. **Gerçek zamanlı görüşme:** Arayan kişiyle cevaplayan arasında birebir görüşme imkânı vardır. Danışmanlık hizmetini veren genellikle eczacı ya da ilaçlar hakkında yeterli bilgiye sahip sağlık çalışanlarıdır.

²³ Bazı yayınlarda “tele-ilâç hattı”, “ilâç bilgi hattı”, “yardım hattı” isimleriyle de geçmektedir.

²⁴ Hotline für Blinde, Avusturya: (+43) 0 800 20 42 00.

²⁵ HandicapZéro İlaç Bilgi Hattı, Fransa: (+33) 0 800 39 39 51.

²⁶ X-PIL İlaç Bilgi Hattı, İngiltere: (+44) 0 800 198 50 00.

²⁷ MLN İlaç Bilgi Hattı, Macaristan: (+36) 1 886 94 90.

Telekom Avusturya tarafından ücretsiz sağlanan ilaç bilgi hattında bu sistem kullanılmaktadır (Siebenand, 2009).

Makarchuk'a (1999) göre bu sistemin görme engelliler tarafından daha iyi bilinmesi için danışma hattı telefon numaralarının Braille yazı ya da az görenler için büyük yazılı çıktı formatında hazırlanıp dağıtılması gerekmektedir.

İlaç bilgi hatları sadece görme engelliler için değil, okuma-yazma bilmeyenler ve yaşlılar için de doğru ilaç bilgi temininde etkin bir çözümdür (Németh ve ark., 2007).

Sistemin en önemli dezavantajı ise telefonu olmayan görme engellilerin bu hizmete ulaşamayacak olmasıdır (Raynor ve Yerassimou, 1997).

1.4. Araştırmanın Konusu

Bu araştırma ülkemizdeki 18 yaş üstü görme engellilerin ilaç kullanımında karşılaştıkları sorunlar, bu sorunların önlenmesi ve mevcut sistemin iyileştirilmesine yönelik olarak ilaç ambalajlarında Braille alfabesi (kabartma yazı) ve görme engellilere yönelik internet ve ileri teknoloji sistemlerin kullanılabilirliğini ve eczacıların bu alanda sağlayabilecekleri katkıları konu almaktadır.

1.5. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma şu amaçları taşımaktadır:

1. Görme engellilerin sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynaklarının ve hastalık durumunda öncelikle başvurdukları sağlık kuruluşlarının belirlenmesi,
2. Görme engellilerin ilaçlarını eczaneden alma durumlarının, ilaçlarını eczaneden alanların eczacının kendileriyle kurduğu iletişimi nasıl değerlendirdiklerinin belirlenmesi,
3. Görme engellilerin ilaç kullanım profilleri, ilaç kullanımları sırasında karşılaştıkları güçlükler ve eczacılık hizmetlerinden yararlanırken kabartma yazı kullanım durumlarının belirlenmesi,
4. Görme engellilerin ilaçla ilgili bilgilere ulaşım için tercih ettikleri alternatif yolların (sabit telefon/cep telefonu, sesli web sitesi, CD ve benzeri ses kayıtları, kabartma yazılı çıktı, büyük yazılı çıktı) belirlenmesi,
5. Araştırmanın yapıldığı dönemde piyasada bulunan üzeri kabartma yazılı ilaç ambalajlarının üretici firma, farmasötik form, farmakolojik grup ve kabartma yazının bulunduğu yüzey açısından değerlendirilmesi.

Çalışmanın uzun vadeli amaçları ise şunlardır:

1. Görme engellilerin, kullandıkları ilaçlar hakkında gerekli bilgileri edinerek gelecekte daha doğru ve etkin ilaç kullanımlarının sağlanması,
2. İlaç kullanımında kendi kendilerine yetebilirlik seviyelerinin artırılması,
3. Eczacıların topluma karşı “sosyal sorumluluk” görevlerini yerine getirebilecekleri yeni ve etkin bir uygulama alanının doğması,
4. Konuyla ilgili tüm kurum, kuruluş ve karar alma merciindekiler için mevcut uygulamalara yeni alternatiflerin sunulması,
5. Konuyla ilgili ülkemizdeki mevcut sistem ve uygulamaların gelişen teknoloji ve uluslararası standartlara uyumunun sağlanması.

1.6. Araştırmanın Hipotezleri

- Türkiye’deki görme engelli yetişkinler eczacılık hizmetlerinden yeterince yararlanamamaktadır.
- İlaç ambalajı üzerinde kabartma yazı kullanımı görme engellilerin ilaçlarını kendi başlarına kullanabilmeleri için en etkili yoldur.

1.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma görme engelli derneklerinin örgütlenmiş olduğu iller arasından Türkiye’nin yedi coğrafi bölgesinden basit rasgele yöntemle seçilmiş illerle (Antalya, Gaziantep, Kayseri, Erzurum, İstanbul, İzmir, Samsun) ve bu illerdeki görme engelli derneklerinin üyesi olan ve anket çalışmasına gönüllü olarak katılmayı kabul etmiş kişilerle sınırlıdır. Bununla birlikte, araştırmanın dayalı olduğu araştırma modelinin niteliğinden kaynaklanan sınırlılıklar da bu araştırmanın sınırlılıkları arasında düşünülebilir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Gereç

Araştırmanın gerecini;

- Ülkemizdeki görme engelli kişiler arasından seçilen gruplar üzerinde uygulanan anketler,
- 2010 yılında piyasada bulunan, üzeri Braille yazılı ilaç kutuları,
- Konuya ilişkin mevcut literatüre ek olarak görme engellilere yönelik olarak kurulmuş ulusal ya da uluslararası dernek, birlik, vakıf veya enstitülerle (6 Nokta Körler Derneği, Gör-Bir, European Blind Union, American Foundation for the Blind, Braille Institute of America, Union Nationale des Aveugles et des Déficient Visuels, vb.), ilgili devlet kuruluşları (Başbakanlık Özürlüler İdaresi, Sağlık Bakanlığı, vb.) ve meslek birliklerinden (International Pharmaceutical Federation, Türk Eczacıları Birliği, vb.) temin edilen bilgi, belge ve yayınlar,
- Dünya ve Türkiye’de konuya ilişkin yürürlükteki mevzuat ve uygulama örnekleri oluşturmaktadır.

2.2. Yöntem

2.2.1. Araştırma Modeli

Araştırma tanımlayıcı (*descriptive*) tiptedir.

2.2.2. Araştırma Nüfusu

Araştırma nüfusunu Türkiye’nin yedi coğrafi bölgesinden basit rasgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş yedi şehirden (Antalya, Erzurum, Gaziantep, İstanbul, İzmir,

Kayseri, Samsun) tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilmiş görme engelli yetişkinler oluşturmaktadır.

İllere göre görme engelli sayılarının yayımlandığı son tarih olan 2000 yılı Türkiye Genel Nüfus Sayımı sonuçları dikkate alındığında görme engelli sayısının şehirler arasındaki tabakalı örneklem dağılımının şu şekilde olduğu tespit edilmiştir (TÜİK, 2009b):

Çizelge 2.1. Türkiye'nin farklı coğrafi bölgelerinden basit rasgele yöntemle seçilmiş şehirlerdeki görme engelli nüfusu

Coğrafi Bölge	Şehir	Görme Engelli Nüfus	Ağırlıklı Dağılım (%)
Akdeniz	Antalya	3.573	9,07
Doğu Anadolu	Erzurum	2.113	5,37
Ege	İzmir	6.888	17,48
Güneydoğu Anadolu	Gaziantep	4.188	10,63
İç Anadolu	Kayseri	2.693	6,84
Karadeniz	Samsun	3.206	8,13
Marmara	İstanbul	16.731	42,48
	Toplam	39.392	100

Ankete katılan kişilerin sayısının seçilen şehirlerdeki görme engelli nüfusu eşit oranda temsil edebilmesi için örneklem grubuna dâhil edilen kişilerin sayısının illere göre dağılımı aşağıdaki çizelgede gösterilmektedir.

Çizelge 2.2. Türkiye'nin farklı coğrafi bölgelerinden basit rasgele yöntemle seçilmiş şehirlerden alınan örneklem grubu nüfusu

Coğrafi Bölge	Şehir	Görme Engelli Nüfus Ağırlıklı Dağılım (%)	Örneklem Kişi Sayısı
Akdeniz	Antalya	9,07	27
Doğu Anadolu	Erzurum	5,37	16
Ege	İzmir	17,48	52
Güneydoğu Anadolu	Gaziantep	10,63	32
İç Anadolu	Kayseri	6,84	21
Karadeniz	Samsun	8,13	24
Marmara	İstanbul	42,48	128
	Toplam	100	300

Marmara bölgesinden 13 kişi anket görüşmesine gelmemiş, bu nedenle toplamda 287 kişiyle anket çalışması yapılmıştır.

2.2.3. Veri Toplama Aracı

Başlıca veri toplama aracı konu ile ilgili literatür incelemesinin ardından araştırmacı tarafından geliştirilmiş olan anket formudur. Toplam 47 sorudan oluşan ve Ek 1’de yer alan bu formdaki sorulardan son ikisi açık uçlu, diğerleri ise çoktan seçmelidir.

Ankette görme engellilerin sosyodemografik bilgilerinin dışında, teknolojik ürün kullanımları, görme engellilik süre ve nedenleri, kronik rahatsızlıkları, ilaç kullanım alışkanlıkları ve kabartma yazı okuryazarlıklarına ilişkin değerlendirmeleri ortaya koymayı amaçlayan sorular sorulmuştur. Anket soruları, pilot uygulamanın ardından yeniden düzenlenerek son haline getirilmiştir.

2.2.4. Veri Toplama Süreci

Anket formunun hazırlanmasını izleyen Şubat 2010-Mayıs 2010 tarihleri arasındaki dönem verilerin toplanmasına ayrılmıştır. Verilerin toplanmasında şu yol izlenmiştir:

Anketler, araştırmacının kendisi ya da araştırmacı tarafından görme engellilerle iletişim konusunda eğitilmiş ve çalışmanın içeriği anlatılmış, Ege Üniversitesi, Erciyes Üniversitesi ve İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakülteleri dördüncü ya da beşinci sınıf öğrencileri tarafından aşağıda belirtilen görme engelli derneklerine, dernek yönetimleri tarafından uygun görülen gün ve saatlerde gidilerek yapılmıştır.

- Antalya: Altı Nokta Körler Derneği Şb.
- Erzurum: Altı Nokta Körler Derneği Şb., Beyaz Baston Görme Engelliler Derneği Şb.
- Gaziantep: Altı Nokta Körler Derneği Şb., Türkiye Görme Engelliler Derneği Şb.
- İstanbul: Altı Nokta Körler Derneği Şb., Altı Nokta Körler Vakfı Rehabilitasyon Merkezi, Beyaz Ay Görme Engelliler Derneği Şb., Göz-Der Şb.
- İzmir: Çağdaş Görmeyenler Derneği, Beyaz Ay Görme Engelliler Derneği Şb., Görmeyenler Kültür ve Birleşme Derneği Şb.
- Kayseri: Altı Nokta Körler Derneği Şb., Gör-Bir Şb.
- Samsun: Altı Nokta Körler Derneği Şb.

2.2.5. Verilerin İşlenmesi ve Çözümlemesi

Verilerin analizi SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) 15.0 Paket Programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Öncelikle anket katılımcılarına ilişkin betimleyici sonuçlar tek yönlü frekans çizelgeleriyle ortaya konmuş ve bu çizelgelerden yola çıkarak bazı yeni gruplandırmalar yapılmıştır. Ardından görme engelli yetişkinlere ilişkin bazı değişkenler (şehir, cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, bireysel gelir düzeyi ve görme düzeyi) ile sağlık/eczacılık hizmetlerine ilişkin değişkenler (sağlık ve ilaç bilgilerine ulaşmakta kullanılan kaynaklar, hastalık durumunda öncelikle gidilen yer, sağlık kurumunun fiziksel ulaşılabilirliği, ilaç temin şekli, eczacının kendileriyle kurduğu iletişimin değerlendirilmesi, ilaç kullanım talimatlarını unutma durumu, en çok kullanılan ilaç grubu, sağlık personeline danışmadan kendi kendine ilaç kullanma alışkanlığı, kullanımında zorluk çekilen ilaç formları, sahip olunan sağlıkla ilgili teknolojik aletler ve ilaç bilgisi edinim yolu tercihleri) arasındaki karşılaştırmalar “ki-kare analizi” kullanılarak yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi $\alpha=0,05$ olarak belirlenmiştir.

3. BULGULAR

Araştırmada elde edilen bulgular aşağıda çizelgelerde gösterilmiştir:

Çizelge 3.1. Araştırmaya katılanların yaş ve eğitim durumuna göre dağılımı

	n	%
Yaş		
18-25 arası	66	23,0
26-35 arası	92	32,1
36-45 arası	62	21,6
46-55 arası	42	14,6
56 ve üstü	25	8,7
Eğitim Durumu		
Formel eğitim yok	11	3,8
İlkokul mezunu	55	19,2
Ortaokul mezunu	47	16,4
Lise mezunu	114	39,7
Üniversite mezunu ve üstü	60	20,9
Toplam	287	100

Araştırmaya katılanların % 32,1'i 26-35 yaş arasında, % 23'ü 18-25 yaş arasında, % 21,6'sı 36-45 yaş arasında, % 14,6'sı 46-55 yaş arasında, % 8,7'si ise 56 ve üstü yaştadır. Araştırmaya katılanların % 39,7'si lise mezunu, % 20,9'u üniversite ya da yüksek lisans mezunu, % 19,2'si ilkokul mezunu, % 16,4'ü ortaokul mezunudur. % 3,8'inin ise formel eğitimi yoktur.

Çizelge 3.2 Araştırmaya katılanların meslek ve gelir düzeyine göre dağılımı

	n	%
Meslek		
İşsiz	71	24,7
Öğrenci	21	7,3
Emekli	49	17,1
Çalışıyor*	146	50,9
Gelir Düzeyi		
Yok	96	33,4
693 TL ve altı	48	16,7
693-999 TL arası	68	23,7
1.000-2.500 TL arası	75	26,1

(*Avukat, masör, müzisyen, öğretmen, psikolojik danışman, santral memuru, serbest meslek ve sosyolog)

Araştırmaya katılanların % 50,9'u çalışan, % 24,7'si işsiz, % 17,1'i emekli ve % 7,3'ü öğrencidir.

Araştırmaya katılanların % 33,4'ünün bireysel geliri yokken; % 26,1'i 1.000-2.500 TL arasında, % 23,7'si 693(asgari ücret)-999 TL arasında, % 16,7'si ise 693 ve altı TL kazanmaktadır.

Çizelge 3.3. Araştırmaya katılanların yaşam şekillerine göre dağılımı

	n	%
Yaşam Şekli		
Yalnız	14	4,9
Ailesi ile birlikte	253	88,2
Arkadaşları ile birlikte	7	2,4
Yurt ya da yatılı okulda	11	3,8
Diğer	2	0,7

Araştırmaya katılanların % 88,2'si ailesiyle birlikte, % 4,9'u yalnız, % 3,8'i yurt ya da yatılı okulda, % 2,4'ü arkadaşlarıyla birlikte yaşamaktadır.

Çizelge 3.4. Araştırmaya katılanların cep telefonu, mp3 ve benzeri hatırlatıcı teknolojik alet ve internet kullanım durumuna göre dağılımı

	n	%
Cep Telefonu Kullanımı		
Evet	279	97,2
Hayır	8	2,8
Mp3 ve Benzeri Hatırlatıcı Teknolojik Alet Kullanımı		
Evet	82	28,6
Hayır	205	71,4
İnternet kullanımı		
Evet	189	65,9
Hayır	98	34,1

Araştırmaya katılanların % 97,2'si cep telefonu, % 28,6'sı mp3 ve benzeri hatırlatıcı teknolojik aletler, % 65,9'u ise internet kullanmaktadır.

Çizelge 3.5. Araştırmaya katılanların şu anki görme seviyesi ve görme engellilik süresine göre dağılımı

	n	%
Görme Seviyesi		
Tamamen görmez	117	40,8
%10'dan az	65	22,6
%11-20 arası	46	16,0
%21-30 arası	19	6,6
%31-40 arası	18	6,3
%41-50 arası	16	5,6
%51'den çok	6	2,1
Görme Engellilik Süresi		
1 yıldan az	1	0,3
1-2 yıl arası	4	1,4
3-4 yıl arası	9	3,1
5 yıldan fazla	105	36,6
Doğuştan	168	58,5

Araştırmaya katılanların % 40,8'i tamamen görmezken, % 22,6'sı % 10'dan az, % 16'sı %11-20 arasında, % 6,6'sı % 21-30 arasında, % 6,3'ü % 31-40 arasında, % 5,6'sı % 41-50 arasında ve % 2,1'i % 51'ten daha çok görmektedir. Araştırmaya katılanların % 58,5'i doğuştan görmezken, % 36,6'sı 5 yıldan fazla süredir, % 3,1'i 3-4 yıl arası, % 1,4'ü 1-2 yıl arası, % 0,3'ü 1 yıldan az süredir görmemektedir.

Çizelge 3.6. Araştırmaya katılanların görme engellilik nedeni ve ailede başka görme engelli olması durumuna göre dağılımı

	n	%
Görme Engellilik Nedeni		
Kalıtsal	96	33,4
Şeker	5	1,7
Katarakt	14	4,9
Göz tansiyonu	33	11,5
Enfeksiyon	21	7,3
Kaza	22	7,7
Bilmiyor	41	14,3
Diğer	55	19,2
Ailede Başka Görme Engelli Var Mı?		
Evet	104	36,2
Hayır	183	63,8

Araştırmaya katılanların % 33,4'ü kalıtsal nedenlerle, % 11,5'i glokom, % 7,7'si kaza, % 7,3'ü enfeksiyon, % 4,9'u katarakt, % 1,7'si diyabet nedeniyle görme yetisini yitirmiştir. Araştırmaya katılanların % 36,2'sinin ailesinde başka bir görme engelli daha vardır.

Çizelge 3.7. Araştırmaya katılanların kronik rahatsızlık durumuna göre dağılımı

	n	%
Kronik Rahatsızlık Durumu		
Yok	222	77,4
Tansiyon	28	9,8
Kalp hastalığı	2	0,7
Diyabet	15	5,2
Astım	5	1,7
Diğer	15	5,2

Araştırmaya katılan görme engellilerin % 77,4'ünün herhangi bir kronik rahatsızlığı yokken % 9,8'i tansiyon, % 5,2'si diyabet, % 1,7'si astım, % 0,7'si kalp hastasıdır.

Çizelge 3.8. Araştırmaya katılanların sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre dağılımı

	n	%
Hekim Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi		
Var	243	84,7
Yok	44	15,3
Eczacı Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi		
Var	166	57,8
Yok	121	42,2
Diğer Sağlık Görevlileri Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi		
Var	38	13,2
Yok	249	86,8
Akraba Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi		
Var	92	32,1
Yok	195	67,9
Televizyon Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi		
Var	59	20,6
Yok	228	79,4
İnternet Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi		
Var	53	18,5
Yok	234	81,5
Kabartma Yazı Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi		
Var	8	2,8
Yok	279	97,2

Araştırmaya katılanların sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinimi % 84,7 hekim, % 57,8 eczacı, % 32,1 akraba, % 20,6 televizyon, % 18,5 internet, % 13,2 hekim ve eczacı dışındaki sağlık personeli ve % 2,8 kabartma yazı kaynaklıdır.

Çizelge 3.9. Araştırmaya katılanların hastalık durumunda öncelikle gidilen yer ve hastane, klinik, eczane gibi sağlık kuruluşlarının fiziksel ulaşılabilirlik durumlarını değerlendirmelerine göre dağılımı

	n	%
Hastalık Durumunda Öncelikli Gidilen Yer		
Gitmiyor	4	1,4
Aile hekimi	33	11,5
Sağlık ocağı	44	15,3
Devlet hastanesi	142	49,5
Üniversite hastanesi	30	10,5
Özel hastane	23	8,0
Özel hekim	5	1,7
Eczane	6	2,1
Hastane, klinik, eczane gibi sağlık kuruluşlarının fiziksel ulaşılabilirlik durumu		
Ulaşılamaz	21	7,3
Bir başkasının yardımıyla ulaşılabilir	179	62,4
Kendi başına ulaşılabilir	87	30,3

Araştırmaya katılanların % 49,5'i hastalık durumunda öncelikle devlet hastanesine gitmeyi tercih etmektedirler. Bunu % 15,3'le sağlık ocağı, % 11,5'le aile hekimi, % 10,5'le üniversite hastanesi ve % 8'le özel hastane izlemektedir. Eczaneye gitmeyi tercih edenlerin oranı ise % 2,1'dir.

Araştırmaya katılanların % 62,4'ü hastane, klinik, eczane, vb. sağlık birimlerini bir başkasının yardımıyla ulaşılabilir, % 30,3'ü kendi başına ulaşılabilir, % 7,3'ü ise ulaşılamaz bulmuştur.

Çizelge 3.10. Araştırmaya katılanların ilaç temin yerine göre dağılımı

	n	%
İlaç temin yeri		
Kendi başına veya eşlik eden biriyle eczaneden	256	89,2
Bir başkası aracılığıyla eczaneden	23	8,0
Bağlı bulunduğu kurum veya merkezden	4	1,4
Diğer	4	1,4

Araştırmaya katılanların % 89,2'si ilaçlarını kendi başına veya eşlik eden biriyle eczaneden, % 8'i bir başkası aracılığıyla eczaneden, % 1,4'ü bağlı bulunduğu kurum veya merkezden temin etmektedir.

Çizelge 3.11. Araştırmaya katılanlardan ilaçlarını eczaneden temin edenlerin eczacının kendileriyle kurduğu iletişimi değerlendirme ve eczaneden ilaç dışında ürün alım durumuna göre dağılımı

	n	%
Eczacı ilacın etkisi veya nasıl kullanılacağı hakkında açıklama yapıyor mu?		
Evet	210	82,0
Hayır	46	18,0
Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesi		
Çok kötü	3	1,2
Kötü	15	5,9
Orta	66	25,8
İyi	104	40,6
Çok iyi	68	26,6
Eczaneden ilaç dışında ürün alıyor mu?		
Evet	99	34,5
Hayır	188	65,5

İlaçlarını kendi başına veya eşlik eden biriyle eczaneden temin edenlerin % 82'si eczacının kendilerine ilacın etkisi ve nasıl kullanılacağı hakkında açıklama yaptığını belirtmiştir.

İlaçlarını kendi başına veya eşlik eden biriyle eczaneden temin edenlerin % 40,6'sı eczacının kendileriyle kurduğu iletişimi iyi, % 26,6'sı çok iyi, % 25,8'i orta, % 5,9'u kötü ve % 1,2'si çok kötü olarak değerlendirmiştir.

Araştırmaya katılanların % 34,5'i eczaneden ilaç dışında başka bir ürün (biberon, bitki çayları ve diğer bitkisel ürünler, böcek öldürücüler, diş beyazlatma tozu, diş fırçası, diş macunu, hijyenik ped, ıslak mendil, kişisel temizlik ürünleri, kolonya, kondom, kulak tıkacı, masaj yağı, palet, pamuk, parfüm, sabun, saç bakım ürünleri, şampuan, terlik, vitamin, yara bandı) almıştır.

Çizelge 3.12. Araştırmaya katılanların ilaç kullanım durumu, ilaç kullanım talimatlarını hatırlaması ve kendisine ilaç kullanımında yardım eden kişinin sağlık alanında bilgisi olması durumuna göre dağılımı

	n	%
İlaç Kullanımı Durumu		
Evet	126	43,9
Hayır	161	56,1
İlacın Adını Hatırlama Durumu		
Hatırlıyor	91	72,2
Hatırlamıyor	35	27,8
İlacın Dozunu Hatırlama Durumu		
Hatırlıyor	99	78,6
Hatırlamıyor	27	21,4
İlacın Hangi Sıklıkta Kullanıldığını Hatırlama Durumu		
Hatırlıyor	125	99,2
Hatırlamıyor	1	0,8
İlacı Ne Zamandan Beri Kullandığını Hatırlama Durumu		
Hatırlıyor	112	88,9
Hatırlamıyor	14	11,1
İlaç Kullanımına Yardım Eden ve Sağlık Konusunda Eğitilmiş Biri Var mı?		
Yok	179	62,4
Sağlık eğitimi olan biri var	8	2,8
Sağlık eğitimi olmayan biri var	100	34,8

Araştırmaya katılanların % 43,9'u araştırmanın yapıldığı dönemde ilaç kullanmaktadır. İlaç kullananların % 27,8'i ilaç adını, % 21,4'ü dozunu, % 0,8'i kullanım sıklığını, % 11,1'i ise ne zamandan beri kullandığını hatırlamamaktadır.

Araştırmaya katılanların % 62,4'ü ilaç kullanırken bir başkasından yardım almamakta, % 34,8'i sağlık konusunda eğitimi olmayan, % 2,8'i ise sağlık alanında eğitimi olan kişilerden yardım almaktadır.

Çizelge 3.13. Araştırmaya katılanların en sık kullandıkları ilaç grubuna göre dağılımı

	n	%
Ağrı Kesici Kullanımı		
Evet	201	70,0
Hayır	86	30,0
Antibiyotik Kullanımı		
Evet	77	26,8
Hayır	210	73,2
Göz İlacı Kullanımı		
Evet	54	18,8
Hayır	233	81,2
Depresyon İlacı Kullanımı		
Evet	35	12,2
Hayır	252	87,8
Kas Gevşetici Kullanımı		
Evet	34	11,8
Hayır	253	88,2
Ateş Düşürücü Kullanımı		
Evet	32	11,1
Hayır	255	88,9
Diğer İlaç Kullanımı		
Evet	44	15,3
Hayır	243	84,7

Araştırmaya katılanların en sık kullandığı ilaç grubu (% 70) ağrı kesicilerdir. Bunu % 26,8’le antibiyotikler, % 18,8’le göz ilaçları, % 12,2’yle depresyon ilaçları, % 11,8’le kas gevşeticiler ve % 11,1’le ateş düşürücüler izlemektedir.

Çizelge 3.14. Araştırmaya katılanların bir sağlık personelinin tavsiyesi olmadan kendi kendilerine ilaç kullanımına ve kullanırken zorluk çektikleri ilaç formlarına göre dağılımı

	n	%
Kendi Kendine İlaç Kullanımı		
Evet	64	22,3
Hayır	223	77,7
Tablet-Kapsül Kullanımını Zor Buluyor musunuz?		
Evet	21	7,3
Hayır	266	92,7
Şurup Kullanımını Zor Buluyor musunuz?		
Evet	191	66,6
Hayır	96	33,4
Krem-Merhem Kullanımını Zor Buluyor musunuz?		
Evet	42	14,6
Hayır	245	85,4
Damla Kullanımını Zor Buluyor musunuz?		
Evet	114	39,7
Hayır	173	60,3
Ağız-Burun Spreyi Kullanımını Zor Buluyor musunuz?		
Evet	23	8,0
Hayır	264	92,0
Fitil Kullanımını Zor Buluyor musunuz?		
Evet	55	19,2
Hayır	232	80,8
İnsülin İğnesi Kullanımını Zor Buluyor musunuz?		
Evet	9	3,1
Hayır	278	96,9
Diğer Türdeki İlaçların Kullanımını Zor Buluyor musunuz?		
Evet	13	4,5
Hayır	274	95,5

Araştırmaya katılanların % 77,7'si bir sağlık personelinin tavsiyesi olmadan kendi başına ilaç kullanmamaktadır.

Araştırmaya katılanların % 66,6'sı şurup kullanırken, % 39,7'si damla kullanırken, % 19,2'si suppozituar kullanırken, % 14,6'sı krem-merhem kullanırken, % 8'i ağız-burun spreyi kullanırken, % 7,3'ü tablet kullanırken, % 3,1'i ise insülin iğnesi kullanırken zorluk çekmektedir.

Çizelge 3.15. Araştırmaya katılanların şurup ölçek dozu ayarlama ve göz damlası kullanım şekillerine göre dağılımı

	n	%
Şurup Ölçek Dozu Ayarlama Şekli		
Kaşığa dökerek	71	24,7
Şişeyi ağza götürerek	91	31,7
Başka birinden yardım alarak	124	43,2
Özel bir teknolojik alet ile	1	0,3
Göz Damlası Kullanım Şekli		
Kendi başına	55	19,2
Başka birinden yardım alarak	118	41,1
Bir teknolojik alet aracılığıyla	4	1,4
Kullanmıyor	110	38,3

Araştırmaya katılanların % 43,2'si şurup ölçek dozunu ayarlarken başka birinden yardım almakta, % 31,7'si şişeyi ağzına götürmekte, % 24,7'si kaşığa dökmekte, % 0,3'ü ise özel bir teknolojik aletten yararlanmaktadır.

Araştırmaya katılanların % 41,1'i göz damlası kullanırken bir başkasından yardım almakta, % 19,2'si kendi başına kullanmakta, % 1,4'ü özel bir teknolojik aletten yararlanmakta, % 38,3'ü ise göz damlası kullanmamaktadır.

Çizelge 3.16. Araştırmaya katılanların ilaç talimatını unutma, karıştırma ve ilaca bağlı yan etki yaşandığında başkasına bilgi verme durumlarına göre dağılımı

	n	%
İlaç Talimatını Unutma veya Karıştırma Durumu		
Unutuyor	80	27,9
Unutmuyor	207	72,1
İlaca Bağlı Alerjik Reaksiyon veya Yan Etki Yaşandı mı ve Kimseye Bilgi Verildi mi?		
Yaşanmadı	217	75,6
Yaşandı ve bir başkasına bilgi verildi	55	19,2
Yaşandı ve bir başkasına bilgi verilmedi	15	5,2

Araştırmaya katılanların % 27,9'u geçmişte kendilerin söylenen ilaç talimatını unutmuş veya karıştırmıştır.

Araştırmaya katılanların % 19,2'si geçmişte ilaca bağlı alerjik reaksiyon ya da yan etki yaşamış ve bu konuda başkasına bilgi vermiş, % 5,2'si geçmişte ilaca bağlı alerjik reaksiyon ya da yan etki yaşamış ancak bu konuda başkasına bilgi vermemiş, % 75,6'sı ise geçmişte ilaca bağlı herhangi bir alerjik reaksiyon ya da yan etki yaşamamıştır.

Çizelge 3.17. Araştırmaya katılanların ilacın son kullanma tarihini takip etme durumlarına göre dağılımı

	n	%
İlacın Son Kullanma Tarihini Takip Etme Durumu		
Takip etmiyor	80	27,9
Bir başkasına soruyor	162	56,4
Kabartma yazı ile not ediyor	6	2,1
Teknolojik bir ürün aracılığıyla öğreniyor	4	1,4
Hafızasında tutuyor	35	12,2

Araştırmaya katılanların % 27,9'u kullandığı ilacın son kullanma tarihini takip etmezken, % 56,4'ü bir başkasına sormakta, % 12,2'si hafızasında tutmakta, % 2,1'i kabartma yazıyla not etmekte, % 1,4'ü ise teknolojik bir üründen yararlanmaktadır.

Çizelge 3.18. Araştırmaya katılanların kabartma yazı okuyabilme, kabartma yazılı kaynaklardan sağlıkla ilgili bilgi temin etme durumlarına göre dağılımı

	n	%
Kabartma Yazı Okuyabilme Durumu		
Okuyabiliyor	172	59,9
Okuyamıyor	115	40,1
Kabartma Yazı ile Okunan Kaynaklar Arasında Sağlıkla İlgili Olan Var mı?		
Evet	18	10,5
Hayır	154	89,5

Araştırmaya katılanların % 59,9'u kabartma yazı okuyabilmektedir. Kabartma yazı okuyabilenlerin sadece % 10,5'i kabartma yazılı kaynaklar arasında sağlıkla ilgili bilgi temin etmektedir.

Çizelge 3.19. Araştırmaya katılanlar arasından kabartma yazı okuyabilenlerin ilaç kutusu üzerinde kabartma yazıyla yer almasını istedikleri bilgilerin dağılımı

	n	%
İlaç Adı		
Evet	169	98,3
Hayır	3	1,7
Etken Madde Miktarı		
Evet	119	63,2
Hayır	53	36,8
Etkisi		
Evet	154	89,5
Hayır	18	10,5
Dozu		
Evet	142	82,6
Hayır	30	17,4
Son Kullanma Tarihi		
Evet	159	92,4
Hayır	13	7,6
Üretici Firmanın Adı		
Evet	68	39,5
Hayır	104	60,5
Diğer Bilgiler		
Evet	14	8,1
Hayır	158	91,9

Kabartma yazı okuyanların % 98,3'ü ilacın isminin, % 92,4'ü son kullanma tarihinin, % 89,5'i etkisinin, % 82,6'sı kullanım dozunun, % 63,2'si etken madde miktarının ve % 39,5'i üretici/ruhsat sahibi firmanın isminin ilaç ambalajı üzerinde kabartma yazıyla yazılmasını talep etmiştir.

Çizelge 3.20. Araştırmaya katılanlar arasından kabartma yazı okuyabilenlerin doz hatırlatma kutusu ve daha önce kabartma yazılı ilaç kullanım durumlarına göre dağılımı

	n	%
Kabartma Yazılı Doz Hatırlatma Kutusu Kullanımı		
Evet	2	1,2
Hayır	170	98,8
Daha Önce Kabartma Yazılı İlaç Kullanımı		
Evet	95	55,2
Hayır	77	44,8

Kabartma yazı okuyanların sadece % 1,2'si geçmişte üzeri kabartma yazılı doz hatırlatma kutusu kullanmıştır. Daha önce üzeri kabartma yazılı bir ilaç kullananların oranı ise % 55,2'dir.

Çizelge 3.21. Araştırmaya katılanların ilaç kutusunu ayırt etme ve kullandığı ilacın doz ve zamanını hatırlama şekillerine göre dağılımı

	n	%
Bir Başkasına Sorarak		
Evet	80	27,9
Hayır	207	72,1
Kutu veya Ambalaj Şeklinden		
Evet	216	75,3
Hayır	71	24,7
Belli Bir Sıraya Koyarak		
Evet	30	10,5
Hayır	257	89,5
Kutu Üzerindeki Kabartma Yazıdan		
Evet	145	50,5
Hayır	142	49,5
Kendi Yazdığı Kabartma Yazıdan		
Evet	10	3,5
Hayır	277	96,5
Tel Zimba, Raptiye, Mum Damlası Gibi İşaretlerden		
Evet	17	5,9
Hayır	270	94,1
Çok Gözlü Çekmece, Kutu ya da Çantalarla Yerleştirilerek		
Evet	17	5,9
Hayır	270	94,1
İlacın Doz ve Zamanını Hatırlama Durumu		
Hafızasına güvenerek	245	85,4
Bir başkasından yardım alarak	33	11,5
Ses kayıt cihazı veya diğer yüksek teknolojik aletlerle	4	1,4
Kutu üzerine alınan özel işaretlerle	3	1,0
Diğer	2	0,7

Araştırmaya katılanların % 75,3'ü ilaçlarını kutu ya da ambalaj şeklinden, % 50,5'i ambalaj üzerindeki kabartma yazıdan, % 27,9'u bir başkasına sorarak, % 10,5'i belli bir sıraya koyarak, % 5,9'u tel zimba-raptiye vb. ile işaretleyerek ve yine % 5,9'u da çok gözlü çekmece, kutu ya da çantalarla yerleştirilerek ayırt etmektedir.

Araştırmaya katılanların % 85,4'ü kullandıkları ilacın doz ve zamanını hafızasında tutmakta, % 11,5'i bu konuda bir başkasından yardım almakta, % 1,4'ü ses kayıt cihazı veya diğer yüksek teknolojik aletlerden yararlanmakta, % 1'i ise kutu üzerine özel işaretler koymaktadır.

Çizelge 3.22. Araştırmaya katılanların sağlıkla ilgili teknolojik aletlere sahip olma durumlarına göre dağılımı

	n	%
Konuşan Tansiyon Aleti Kullanımı		
Evet	34	11,8
Hayır	253	88,2
Konuşan Şeker Ölçüm Aleti Kullanımı		
Evet	2	0,7
Hayır	285	99,3
Konuşan İlaç Kutuları Kullanımı		
Evet	0	0,0
Hayır	287	100,0
Konuşan Ateş Ölçer Kullanımı		
Evet	9	3,1
Hayır	278	96,9
Alarmlı İlaç Kutuları Kullanımı		
Evet	3	1,0
Hayır	284	99,0
Diğer Teknolojik Alet Kullanımı		
Evet	3	1,0
Hayır	284	99,0

Araştırmaya katılanların % 11,8'i konuşan tansiyon aletine, % 0,7'si konuşan şeker ölçüm aletine, % 3,1'i konuşan ateş ölçere ve % 1'i alarmlı ilaç kutusuna sahipken konuşan ilaç kutusuna sahip olan kimse yoktur.

Çizelge 3.23. Araştırmaya katılanların kendilerine sunulacak ilaç bilgisi erişim kaynakları tercihlerine göre dağılımı

	n	%
İlacın Etki, Yan Etki, Uyarılarına Ulaşmak için Sabit Telefon/Cep Telefonu Tercih Durumu		
Evet	184	64,1
Hayır	103	35,9
İlacın Etki, Yan Etki, Uyarılarına Ulaşmak için İnternette Sesli Web Sitesi Tercih Durumu		
Evet	92	32,1
Hayır	195	67,9
İlacın Etki, Yan Etki, Uyarılarına Ulaşmak için CD vb Taşınabilir Ses Kayıtları Tercih Durumu		
Evet	29	10,1
Hayır	258	89,9
İlacın Etki, Yan Etki, Uyarılarına Ulaşmak için Kabartma Yazı Çıktıları Tercih Durumu		
Evet	92	32,1
Hayır	195	67,9
İlacın Etki, Yan Etki, Uyarılarına Ulaşmak için Büyük Yazılı Çıktılar Tercih Durumu		
Evet	41	14,3
Hayır	246	85,7

Araştırmaya katılanların % 64,1'i ilaçla ilgili bilgilere sabit telefon/cep telefonundan, % 32,1'i internette sesli web sitelerinden, % 32,1'i kabartma yazılı çıktılarından, % 14,3'ü büyük yazılı çıktılarından, % 10,1'i ise CD vb. taşınabilir ses kayıtlarından ulaşmayı tercih etmiştir.

Çizelge 3.24. Sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre şehirler arasında karşılaştırma

Değişken	Şehir						
	Antalya n(%)	Erzurum n(%)	Gaziantep n(%)	İstanbul n(%)	İzmir n(%)	Kayseri n(%)	Samsun n(%)
Hekim Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi							
Var	27(100,0)	17(100,0)	24(75,0)	98(86,0)	46(88,5)	14(66,7)	17(70,8)
Yok	0(0,0)	0(0,0)	8(25,0)	16(14,0)	6(11,5)	7(33,3)	7(29,2)
$\chi^2 = 19,778$; $p = 0,003^{**}$							
Eczacı Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi							
Var	16(59,3)	7(41,2)	16(50,0)	75(65,8)	25(48,1)	16(76,2)	11(45,8)
Yok	11(40,7)	10(58,8)	16(50,0)	39(34,2)	27(51,9)	5(23,8)	13(54,2)
$\chi^2 = 12,070$; $p = 0,060$							
Diğer Sağlık Personeli Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi							
Var	3(11,1)	1(5,9)	2(6,3)	23(20,2)	6(11,5)	1(4,8)	2(8,3)
Yok	24(88,9)	16(94,1)	30(93,7)	91(79,8)	46(88,5)	20(95,2)	22(91,7)
$\chi^2 = 8,990$; $p = 0,174$							
Akraba Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi							
Var	7(25,9)	5(29,4)	11(34,4)	45(39,5)	15(28,8)	3(14,3)	6(25,0)
Yok	20(74,1)	12(70,6)	21(65,6)	69(60,5)	37(71,2)	18(85,7)	18(75,0)
$\chi^2 = 7,319$; $p = 0,292$							
Televizyon Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi							
Var	7(25,9)	0(0,0)	8(25,0)	24(21,1)	12(23,1)	5(23,8)	3(12,5)
Yok	20(74,1)	17(100,0)	24(75,0)	90(78,9)	40(76,9)	16(76,2)	21(87,5)
$\chi^2 = 6,572$; $p = 0,362$							
İnternet Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi							
Var	3(11,1)	2(11,8)	3(9,4)	32(28,1)	10(19,2)	0(0,0)	3(12,5)
Yok	24(88,9)	15(88,2)	29(90,6)	82(71,9)	42(80,8)	21(100,0)	21(87,5)
$\chi^2 = 15,561$; $p = 0,016^*$							
Kabartma Yazı Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi							
Var	0(0,0)	0(0,0)	1(3,1)	5(4,4)	0(0,0)	2(9,5)	0(0,0)
Yok	27(100,0)	17(100,0)	31(96,9)	109(95,6)	52(100,0)	19(90,5)	24(100,0)
$\chi^2 = 8,046$; $p = 0,235$							

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Hekim kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$).

Eczacı kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Diğer sağlık personeli kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Akraba kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Televizyon kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

İnternet kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Kabartma yazı kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.25. Sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre cinsiyetler arasında karşılaştırma

Değişken	Cinsiyet	
	Erkek n(%)	Kadın n(%)
Hekim Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi		
Var	190(87,2)	53(76,8)
Yok	28(12,8)	16(23,2)
$\chi^2 = 4,321$; $p = 0,038^*$		
Eczacı Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi		
Var	123(56,4)	43(62,3)
Yok	95(43,6)	26(37,7)
$\chi^2 = 0,747$; $p = 0,387$		
Diğer Sağlık Personeli Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi		
Var	30(13,8)	8(11,6)
Yok	188(86,2)	61(88,4)
$\chi^2 = 0,067$; $p = 0,796$		
Akraba Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi		
Var	69(31,7)	23(33,3)
Yok	149(68,3)	46(66,7)
$\chi^2 = 0,13$; $p = 0,910$		
Televizyon Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi		
Var	45(20,6)	14(20,3)
Yok	173(79,4)	55(79,7)
$\chi^2 = 0,004$; $p = 0,950$		
İnternet Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi		
Var	39(17,9)	14(20,3)
Yok	179(82,1)	55(79,7)
$\chi^2 = 0,073$; $p = 0,787$		
Kabartma Yazı Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi		
Var	6(2,8)	2(2,9)
Yok	212(97,2)	67(97,1)
$\chi^2 = 0,004$; $p = 0,949$		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Hekim kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Eczacı kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hekim ve eczacı dışında diğer sağlık personeli kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Akraba kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Televizyon kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

İnternet kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kabartma yazı kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.26. Sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre yaş grupları arasında karşılaştırma

Değişken	Yaş				
	18-25 arası n(%)	26-35 arası n(%)	36-45 arası n(%)	46-55 arası n(%)	56 ve üstü n(%)
Hekim Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi					
Var	58(87,9)	70(76,1)	55(88,7)	38(90,5)	22(88,0)
Yok	8(12,1)	22(23,9)	7(11,3)	4(9,5)	3(12,0)
$\chi^2 = 7,829$; $p = 0,098$					
Eczacı Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi					
Var	37(56,1)	53(57,6)	37(59,7)	27(64,3)	12(48,0)
Yok	29(43,9)	39(42,4)	25(40,3)	15(35,7)	13(52,0)
$\chi^2 = 1,882$; $p = 0,757$					
Diğer Sağlık Personeli Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi					
Var	7(10,6)	16(17,4)	9(14,5)	4(9,5)	2(8,0)
Yok	59(89,4)	76(82,6)	53(85,5)	38(90,5)	23(92,0)
$\chi^2 = 2,969$; $p = 0,563$					
Akraba Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi					
Var	23(34,8)	32(34,8)	15(24,2)	13(31,0)	9(36,0)
Yok	43(65,2)	60(65,2)	47(75,8)	29(69,0)	16(64,0)
$\chi^2 = 2,512$; $p = 0,642$					
Televizyon Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi					
Var	15(22,7)	19(20,7)	11(17,7)	7(16,7)	7(28,0)
Yok	51(77,3)	73(79,3)	51(82,3)	35(83,3)	18(72,0)
$\chi^2 = 1,729$; $p = 0,785$					
İnternet Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi					
Var	18(27,3)	22(23,9)	11(17,7)	1(2,4)	1(4,0)
Yok	48(72,7)	70(76,1)	51(82,3)	41(97,6)	24(96,0)
$\chi^2 = 15,926$; $p = 0,003^{**}$					
Kabartma Yazı Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi					
Var	4(6,1)	1(1,1)	2(3,2)	1(2,4)	0(0,0)
Yok	62(93,9)	91(98,9)	60(96,8)	41(97,6)	25(100,0)
$\chi^2 = 4,378$; $p = 0,357$					

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Hekim kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Eczacı kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hekim ve eczacı dışında diğer sağlık personeli kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Akraba kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Televizyon kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

İnternet kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$).

Kabartma yazı kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.27. Sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Eğitim Düzeyi				
	Formel eğitimi yok n(%)	İlkokul mezunu n(%)	Ortaokul mezunu n(%)	Lise Mezunu n(%)	Üniversite/ lisans üstü m. n(%)
Hekim Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi					
Var	11(100,0)	45(81,8)	39(83,0)	93(81,6)	55(91,7)
Yok	0(0,0)	10(18,2)	8(17,0)	21(18,4)	5(8,3)
$\chi^2 = 5,542$; $p = 0,236$					
Eczacı Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi					
Var	6(54,5)	36(65,5)	30(63,8)	60(52,6)	34(56,7)
Yok	5(45,5)	19(34,5)	17(36,2)	54(47,4)	26(43,3)
$\chi^2 = 3,350$; $p = 0,501$					
Diğer Sağlık Görevlileri Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi					
Var	1(9,1)	4(7,3)	6(12,8)	18(15,8)	9(15,0)
Yok	10(90,9)	51(92,7)	41(87,2)	96(84,2)	51(85,0)
$\chi^2 = 2,686$; $p = 0,612$					
Akraba Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi					
Var	6(54,5)	20(36,4)	18(38,3)	35(30,7)	13(21,7)
Yok	5(45,5)	35(63,6)	29(61,7)	79(69,3)	47(78,3)
$\chi^2 = 6,933$; $p = 0,139$					
Televizyon Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi					
Var	2(18,2)	8(14,5)	14(29,8)	23(20,2)	12(20,0)
Yok	9(81,8)	47(85,5)	33(70,2)	91(79,8)	48(80,0)
$\chi^2 = 3,729$; $p = 0,444$					
İnternet Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi					
Var	2(18,2)	7(12,7)	4(8,5)	24(21,1)	16(26,7)
Yok	9(81,8)	48(87,3)	43(91,5)	90(78,9)	44(73,3)
$\chi^2 = 7,484$; $p = 0,112$					
Kabartma Yazı Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi					
Var	0(0,0)	2(3,6)	1(2,1)	3(2,6)	2(3,3)
Yok	11(100,0)	53(96,4)	46(97,9)	111(97,4)	58(96,7)
$\chi^2 = 0,613$; $p = 0,962$					

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Hekim kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinimine göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Eczacı kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinimine göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hekim ve eczacı dışındaki sağlık görevlileri kaynaklı sağlık ve ilaç hakkındaki bilgi edinimine göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Akraba kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinimine göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Televizyon kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinimine göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

İnternet kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinimine göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kabartma yazı kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinimine göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.28. Sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre çalışma durumları arasında karşılaştırma

Değişken	Çalışma Durumu			
	Çalışmıyor n(%)	Öğrenci n(%)	Emekli n(%)	Çalışıyor n(%)
Hekim Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi				
Var	56(78,9)	19(90,5)	41(83,7)	127(87,0)
Yok	15(21,1)	2(9,5)	8(16,3)	19(13,0)
$\chi^2 = 3,024$; $p = 0,388$				
Eczacı Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi				
Var	44(62,0)	12(57,1)	27(55,1)	83(56,8)
Yok	27(38,0)	9(42,9)	22(44,9)	63(43,2)
$\chi^2 = 0,711$; $p = 0,871$				
Diğer Sağlık Görevlileri Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi				
Var	10(14,1)	3(14,3)	3(6,1)	22(15,1)
Yok	61(85,9)	18(85,7)	46(93,9)	124(84,9)
$\chi^2 = 2,650$; $p = 0,449$				
Akraba Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi				
Var	38(53,5)	7(33,3)	9(18,4)	38(26,0)
Yok	33(46,5)	14(66,7)	40(81,6)	108(74,0)
$\chi^2 = 21,687$; $p < 0,001^{***}$				
Televizyon Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi				
Var	15(21,1)	8(38,1)	7(14,3)	29(19,9)
Yok	56(78,9)	13(61,9)	42(85,7)	117(80,1)
$\chi^2 = 5,192$; $p = 0,158$				
İnternet Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi				
Var	15(21,1)	6(28,6)	2(4,1)	30(20,5)
Yok	56(78,9)	15(71,4)	47(95,9)	116(79,5)
$\chi^2 = 8,912$; $p = 0,030^*$				
Kabartma Yazı Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi				
Var	1(1,4)	2(9,5)	0(0,0)	5(3,4)
Yok	70(98,6)	19(90,5)	49(100,0)	141(96,6)
$\chi^2 = 5,639$; $p = 0,131$				

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Hekim kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinimine göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Eczacı kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinimine göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hekim ve eczacı dışındaki sağlık görevlileri kaynaklı sağlık ve ilaç hakkındaki bilgi edinimine göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Akraba kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinimine göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p>0,05$).

Televizyon kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinimine göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

İnternet kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinimine göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Kabartma yazı kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinimine göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.29. Sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre bireysel gelir düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Bireysel Gelir Düzeyi			
	Yok	693 TL ve altı	693-699 TL arası	1000-2499 TL arası
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Hekim Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi				
Var	79(82,3)	39(81,2)	58(85,3)	67(89,3)
Yok	17(17,7)	9(18,8)	10(14,7)	8(10,7)
$\chi^2 = 2,128$; $p = 0,546$				
Eczacı Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi				
Var	54(56,2)	28(58,3)	45(66,2)	39(52,0)
Yok	42(43,8)	20(41,7)	23(33,8)	36(48,0)
$\chi^2 = 3,091$; $p = 0,378$				
Diğer Sağlık Görevlileri Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi				
Var	14(14,6)	3(6,3)	8(11,8)	13(17,3)
Yok	82(85,4)	45(93,7)	60(88,2)	62(82,7)
$\chi^2 = 3,415$; $p = 0,332$				
Akraba Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi				
Var	45(46,9)	10(20,8)	19(27,9)	18(24,0)
Yok	51(53,1)	38(79,2)	49(72,1)	57(76,0)
$\chi^2 = 15,219$; $p = 0,002^{**}$				
Televizyon Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi				
Var	27(28,1)	5(10,4)	11(16,2)	16(21,3)
Yok	69(71,9)	43(89,6)	57(83,8)	59(78,7)
$\chi^2 = 7,216$; $p = 0,065$				
İnternet Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi				
Var	19(19,8)	7(14,6)	8(11,8)	19(25,3)
Yok	77(80,2)	41(85,4)	60(88,2)	56(74,7)
$\chi^2 = 4,970$; $p = 0,174$				
Kabartma Yazı Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi				
Var	3(3,1)	1(2,1)	2(2,9)	2(2,7)
Yok	93(96,9)	47(97,9)	66(97,1)	73(97,3)
$\chi^2 = 0,138$; $p = 0,987$				

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Hekim kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Eczacı kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hekim ve eczacı dışındaki sağlık görevlileri kaynaklı sağlık ve ilaç hakkındaki bilgi edinim kaynağına göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Akraba kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$).

Televizyon kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

İnternet kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kabartma yazı kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.30. Sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Görme Düzeyi						
	Tamamen görmez	%10'dan az	%11-20 arası	%21-30 arası	%31-40 arası	%41-50 arası	%51'den çok
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Hekim Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi							
Var	104(88,9)	52(80,0)	35(76,1)	16(84,2)	17(94,4)	13(81,3)	6(100,0)
Yok	13(11,1)	13(20,0)	11(23,9)	3(15,8)	1(5,6)	3(18,7)	0(0,0)
$\chi^2 = 7,865$; $p = 0,248$							
Eczacı Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi							
Var	71(60,7)	39(60,0)	26(56,5)	10(52,6)	9(50,0)	10(62,5)	1(16,7)
Yok	46(39,3)	26(40,0)	20(43,5)	9(47,4)	9(50,0)	6(37,5)	5(83,3)
$\chi^2 = 5,524$; $p = 0,479$							
Diğer Sağlık Görevlileri Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi							
Var	16(13,7)	13(20,0)	3(6,5)	1(5,3)	3(16,7)	2(12,5)	0(0,0)
Yok	101(86,3)	52(80,0)	43(93,5)	18(94,7)	15(83,3)	14(87,5)	6(100,0)
$\chi^2 = 6,572$; $p = 0,362$							
Akraba Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi							
Var	40(34,2)	20(30,8)	10(21,7)	8(42,1)	4(22,2)	7(43,7)	3(50,0)
Yok	77(65,8)	45(69,2)	36(78,3)	11(57,9)	14(77,8)	9(56,3)	3(50,0)
$\chi^2 = 6,113$; $p = 0,411$							
Televizyon Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi							
Var	19(16,2)	19(29,2)	6(13,0)	5(26,3)	5(27,8)	4(25,0)	1(16,7)
Yok	98(83,8)	46(70,8)	40(87,0)	14(73,7)	13(72,2)	12(75,0)	5(83,3)
$\chi^2 = 7,130$; $p = 0,309$							
İnternet Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi							
Var	19(16,2)	14(21,5)	8(17,4)	4(21,1)	4(22,2)	2(12,5)	2(33,3)
Yok	98(83,8)	51(78,5)	38(82,6)	15(78,9)	14(77,8)	14(87,5)	4(66,7)
$\chi^2 = 2,340$; $p = 0,886$							
Kabartma Yazı Kaynaklı Sağlık ve İlaç Hakkında Bilgi Edinimi							
Var	2(1,7)	4(6,2)	2(4,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Yok	115(98,3)	61(93,8)	44(95,7)	19(100,0)	18(100,0)	16(100,0)	6(100,0)
$\chi^2 = 5,325$; $p = 0,503$							

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Hekim kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Eczacı kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Hekim ve eczacı dışındaki diğer sağlık görevlileri kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Akraba kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Televizyon kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

İnternet kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Kabartma yazı kaynaklı sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinim kaynağına göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.31. Hastalık durumunda öncelikle gidilen yere göre şehirler arasında karşılaştırma

Değişken	Şehir						
	Antalya n(%)	Erzurum n(%)	Gaziantep n(%)	İstanbul n(%)	İzmir n(%)	Kayseri n(%)	Samsun n(%)
Hastalık Durumunda Öncelikle Gidilen Yer							
Gitmiyor	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(2,6)	1(1,9)	0(0,0)	0(0,0)
Aile hekimi	1(3,7)	3(17,6)	0(0,0)	6(5,3)	15(28,8)	5(23,8)	3(12,5)
Sağlık ocağı	5(18,5)	1(5,9)	4(12,5)	20(17,5)	6(11,5)	2(9,5)	6(25,0)
Devlet hastanesi	17(63,0)	9(52,9)	16(50,0)	62(54,4)	21(40,4)	8(38,1)	9(37,5)
Üniv. hastanesi	3(11,1)	3(17,6)	2(6,25)	10(8,8)	6(11,5)	4(19,0)	2(8,3)
Özel hastane	1(3,7)	0(0,0)	9(28,1)	5(4,4)	2(3,8)	2(9,5)	4(16,7)
Özel hekim	0(0,0)	0(0,0)	1(3,1)	4(3,5)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Eczane	0(0,0)	1(5,9)	0(0,0)	4(3,5)	1(1,9)	0(0,0)	0(0,0)

$$\chi^2 = 72,866 ; p = 0,002^{**}$$

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Hastalık durumunda öncelikle sağlık kurumu (aile hekimi, sağlık ocağı, devlet hastanesi, üniversite hastanesi, özel hastane), özel hekim ya da eczaneye gitme durumlarına göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,01).

Çizelge 3.32. Hastalık durumunda öncelikle gidilen yere göre cinsiyetler arasında karşılaştırma

Değişken	Cinsiyet	
	Erkek n(%)	Kadın n(%)
Hastalık Durumunda Öncelikle Gidilen Yer		
Gitmiyor	3(1,4)	1(1,4)
Aile hekimi	28(12,8)	5(7,2)
Sağlık ocağı	33(15,1)	11(15,9)
Devlet hastanesi	108(49,5)	34(49,3)
Üniversite hastanesi	21(9,6)	9(13,0)
Özel hastane	18(8,3)	5(7,2)
Özel hekim	3(1,4)	2(2,9)
Eczane	4(1,8)	2(2,9)

$$\chi^2 = 3,084 ; p = 0,877$$

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Hastalık durumunda öncelikle sağlık kurumu (aile hekimi, sağlık ocağı, devlet hastanesi, üniversite hastanesi, özel hastane), özel hekim ya da eczaneye gitme durumlarına göre cinsiyet arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Çizelge 3.33. Hastalık durumunda öncelikle gidilen yere göre yaş grupları arasında karşılaştırma

Değişken	Yaş				
	18-25 arası n(%)	26-35 arası n(%)	36-45 arası n(%)	46-55 arası n(%)	56 ve üstü n(%)
Hastalık Durumunda Öncelikle Gidilen Yer					
Gitmiyor	1(1,5)	2(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	1(4,0)
Aile hekimi	4(6,1)	14(15,2)	11(17,7)	3(7,1)	1(4,0)
Sağlık ocağı	17(25,8)	14(15,2)	6(9,7)	5(11,9)	2(8,0)
Devlet hastanesi	35(53,0)	42(45,7)	24(38,7)	24(57,1)	17(68,0)
Üniversite hastanesi	4(6,1)	10(10,9)	12(19,4)	4(9,5)	0(0)
Özel hastane	4(6,1)	6(6,5)	6(9,7)	3(7,1)	4(16,0)
Özel hekim	0(0,0)	3(3,3)	1(1,6)	1(2,4)	0(0,0)
Eczane	1(1,5)	1(1,1)	2(3,2)	2(4,8)	0(0,0)

$$\chi^2 = 38,384 ; p = 0,091$$

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Hastalık durumunda öncelikle sağlık kurumu (aile hekimi, sağlık ocağı, devlet hastanesi, üniversite hastanesi, özel hastane), özel hekim ya da eczaneye gitme durumlarına göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Çizelge 3.34. Hastalık durumunda öncelikle gidilen yere göre eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Eğitim Düzeyi				
	Formel eğitim yok n(%)	İlkokul mezunu n(%)	Ortaokul mezunu n(%)	Lise mezunu n(%)	Üniversite/ lis.üstü mez. n(%)
Hastalık Durumunda Öncelikle Gidilen Yer					
Gitmiyor	0(0,0)	0(0,0)	1(2,1)	2(1,8)	1(1,7)
Aile hekimi	0(0,0)	4(7,3)	3(6,4)	14(12,3)	12(20,0)
Sağlık ocağı	2(18,2)	10(18,2)	5(10,6)	17(14,9)	10(16,7)
Devlet hastanesi	9(81,8)	33(60,0)	27(57,4)	54(47,4)	19(31,7)
Üniv. hastanesi	0(0,0)	5(9,1)	6(12,8)	11(9,6)	8(13,3)
Özel hastane	0(0,0)	3(5,5)	2(4,3)	11(9,6)	7(11,7)
Özel hekim	0(0,0)	0(0,0)	2(4,3)	2(1,8)	1(1,7)
Eczane	0(0,0)	0(0,0)	1(2,1)	3(2,6)	2(3,3)

$$\chi^2 = 27,890 ; p = 0,470$$

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Hastalık durumunda öncelikle sağlık kurumu (aile hekimi, sağlık ocağı, devlet hastanesi, üniversite hastanesi, özel hastane), özel hekim ya da eczaneye gitme durumlarına göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Çizelge 3.35. Hastalık durumunda öncelikle gidilen yere göre çalışma durumları arasında karşılaştırma

Değişken	Çalışma Durumu			
	Çalışmıyor n(%)	Öğrenci n(%)	Emekli n(%)	Çalışıyor n(%)
Hastalık Durumunda Öncelikle Gidilen Yer				
Gitmiyor	1(1,4)	0(0,0)	0(0,0)	3(2,1)
Aile hekimi	4(5,6)	2(9,5)	5(10,2)	22(15,1)
Sağlık ocağı	14(19,7)	5(23,8)	4(8,2)	21(14,4)
Devlet hastanesi	42(59,2)	13(61,9)	26(53,1)	61(41,8)
Üniv. hastanesi	8(11,3)	0(0,0)	5(10,2)	17(11,6)
Özel hastane	1(1,4)	0(0,0)	6(12,2)	16(11,0)
Özel hekim	0(0,0)	0(0,0)	1(2,0)	4(2,7)
Eczane	1(1,4)	1(4,8)	2(4,1)	2(1,4)

$\chi^2 = 28,089$; $p = 0,138$

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Hastalık durumunda öncelikle sağlık kurumu (aile hekimi, sağlık ocağı, devlet hastanesi, üniversite hastanesi, özel hastane), özel hekim ya da eczaneye gitme durumlarına göre çalışma durumu arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.36. Hastalık durumunda öncelikle gidilen yere göre bireysel gelir düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Bireysel Gelir Düzeyi			
	Yok n(%)	693 TL ve altı n(%)	693-699 TL arası n(%)	1000-2499 TL arası n(%)
Hastalık Durumunda Öncelikle Gidilen Yer				
Gitmiyor	1(1,0)	1(2,1)	1(1,5)	1(1,3)
Aile hekimi	5(5,2)	5(10,4)	7(10,3)	16(21,3)
Sağlık ocağı	17(17,7)	13(27,1)	6(8,8)	8(10,7)
Devlet hastanesi	63(65,6)	21(43,8)	34(50,0)	24(32,0)
Üniv. hastanesi	7(7,3)	5(10,4)	8(11,8)	10(13,3)
Özel hastane	1(1,0)	1(2,1)	9(13,2)	12(16,0)
Özel hekim	1(1,0)	1(2,1)	1(1,5)	2(2,7)
Eczane	1(1,0)	1(2,1)	2(2,9)	2(2,7)

$\chi^2 = 47,029$; $p = 0,001^{***}$

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Hastalık durumunda öncelikle sağlık kurumu (aile hekimi, sağlık ocağı, devlet hastanesi, üniversite hastanesi, özel hastane), özel hekim ya da eczaneye gitme durumlarına göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p = 0,001$).

Çizelge 3.37. Hastalık durumunda öncelikle gidilen yere göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Görme Düzeyi						
	Tamamen görmez n(%)	%10'dan az n(%)	%11-20 arası n(%)	%21-30 arası n(%)	%31-40 arası n(%)	%41-50 arası n(%)	%51'den çok n(%)
Hastalık Durumunda Öncelikle Gidilen Yer							
Gitmiyor	2(1,7)	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	1(6,3)	0(0,0)
Aile hekimi	16(13,7)	8(12,3)	5(10,9)	1(5,3)	1(5,6)	1(6,3)	1(16,7)
Sağlık ocağı	17(14,5)	11(16,9)	12(26,1)	2(10,5)	1(5,6)	1(6,3)	0(0,0)
Devlet hastanesi	55(47,0)	25(38,5)	21(45,7)	10(52,6)	16(88,9)	11(68,8)	4(66,7)
Üniv. hastanesi	11(9,4)	10(15,4)	3(6,5)	5(26,3)	0(0,0)	0(0,0)	1(16,7)
Özel hastane	9(7,7)	8(12,3)	3(6,5)	1(5,3)	0(0,0)	2(12,5)	0(0,0)
Özel hekim	3(2,6)	1(1,5)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Eczane	4(3,4)	2(3,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)

$$\chi^2 = 42,529 ; p = 0,448$$

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Hastalık durumunda öncelikle sağlık kurumu (aile hekimi, sağlık ocağı, devlet hastanesi, üniversite hastanesi, özel hastane), özel hekim ya da eczaneye gitme durumlarına göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Çizelge 3.38. Sağlık kuruluşlarının fiziksel ulaşılabilirlik durumlarına göre şehirler arasında karşılaştırma

Değişken	Şehir						
	Antalya n(%)	Erzurum n(%)	Gaziantep n(%)	İstanbul n(%)	İzmir n(%)	Kayseri n(%)	Samsun n(%)
Sağlık Kuruluşlarının Fiziksel Ulaşılabilirliği							
Ulaşılamaz	3(11,1)	1(5,9)	4(12,5)	6(5,3)	4(7,7)	0(0,0)	3(12,5)
Bir başkasının yardımıyla ulaşılabilir	14(51,9)	9(52,9)	18(56,3)	74(64,9)	39(75,0)	13(61,9)	12(50,0)
Kendi başına ulaşılabilir	10(37,0)	7(41,2)	10(31,3)	34(29,8)	9(17,3)	8(38,1)	9(37,5)

$$\chi^2 = 12,602 ; p = 0,399$$

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Hastane, klinik, eczane gibi sağlık kuruluşlarının fiziksel ulaşılabilirlik durumlarına göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Çizelge 3.39. Sağlık kuruluşlarının fiziksel ulaşılabilirlik durumlarına göre cinsiyetler arasında karşılaştırma

Değişken	Cinsiyet	
	Erkek n(%)	Kadın n(%)
Sağlık Kuruluşlarının Fiziksel Ulaşılabilirliği		
Ulaşılamaz	16(7,3)	5(7,2)
Bir başkasının yardımıyla ulaşılabilir	132(60,6)	47(68,1)
Kendi başına ulaşılabilir	70(32,1)	17(24,6)
$\chi^2 = 1,484$; $p = 0,476$		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Hastane, klinik, eczane gibi sağlık kuruluşlarının fiziksel ulaşılabilirlik durumlarına göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.40. Sağlık kuruluşlarının fiziksel ulaşılabilirlik durumlarına göre yaş grupları arasında karşılaştırma

Değişken	Yaş				
	18-25 arası n(%)	26-35 arası n(%)	36-45 arası n(%)	46-55 arası n(%)	56 ve üstü n(%)
Sağlık Kuruluşlarının Fiziksel Ulaşılabilirlik Durumu					
Ulaşılamaz	2(3,0)	9(9,8)	5(8,1)	4(9,5)	1(4,0)
Bir başkasının yardımıyla ulaşılabilir	42(63,6)	53(57,6)	34(54,8)	30(71,4)	20(80,0)
Kendi başına ulaşılabilir	22(33,3)	30(32,6)	23(37,1)	8(19,0)	4(16,0)
$\chi^2 = 10,586$; $p = 0,226$					

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Sağlık kurumu ve eczanelerin fiziksel ulaşılabilirlik durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.41. Sağlık kuruluşlarının fiziksel ulaşılabilirlik durumlarına göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Görme Düzeyi						
	Tamamen görmez n(%)	%10'dan az n(%)	%11-20 arası n(%)	%21-30 arası n(%)	%31-40 arası n(%)	%41-50 arası n(%)	%51'den çok n(%)
Sağlık Kuruluşlarının Fiziksel Ulaşılabilirlik Durumu							
Ulaşılamaz	13(11,1)	4(6,2)	3(6,5)	0(0,0)	1(5,6)	0(0,0)	0(0,0)
Bir başkasının yardımıyla ulaşılabilir	95(81,2)	48(73,8)	27(58,7)	5(26,3)	4(22,2)	0(0,0)	0(0,0)
Kendi başına ulaşılabilir	9(7,7)	13(20,0)	16(34,8)	14(73,7)	13(72,2)	16(100,0)	6(100,0)
$\chi^2 = 115,790$; $p < 0,001$ ***							

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Sağlık kuruluşlarının fiziksel ulaşılabilirlik durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$).

Çizelge 3.42. İlaç temin şekline göre şehirler arasında karşılaştırma

Değişken	Şehir						
	Antalya n(%)	Erzurum n(%)	Gaziantep n(%)	İstanbul n(%)	İzmir n(%)	Kayseri n(%)	Samsun n(%)
İlaç Temin Şekli							
Kendi başına veya eşlik eden biriyle eczaneden	25(92,6)	17(100,0)	31(96,9)	98(86,0)	41(78,8)	21(100,0)	23(95,8)
Bir başkası aracılığıyla eczaneden	1(3,7)	0(0,0)	1(3,1)	13(11,4)	8(15,4)	0(0,0)	0(0,0)
Bağlı bulunduğu kurum veya merkezden	1(3,7)	0(0,0)	0(0,0)	2(1,8)	0(0,0)	0(0,0)	1(4,2)
Diğer	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(0,9)	3(5,8)	0(0,0)	0(0,0)
$\chi^2 = 26,541$; $p = 0,088$							

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

İlaç temin şekline göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.43. İlaç temin şekline göre cinsiyetler arasında karşılaştırma

Değişken	Cinsiyet	
	Erkek n(%)	Kadın n(%)
İlaç Temin Şekli		
Kendi başına veya eşlik eden biriyle eczaneden	196(89,9)	60(87,0)
Bir başkası aracılığıyla eczaneden	15(6,9)	8(11,6)
Bağlı bulunduğu kurum veya merkezden	3(1,4)	1(1,4)
Diğer	4(1,8)	0(0,0)
$\chi^2 = 2,772$; $p = 0,428$		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

İlaç temin şekline göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.44. İlaç temin şekline göre yaş grupları arasında karşılaştırma

Değişken	Yaş				
	18-25 arası n(%)	26-35 arası n(%)	36-45 arası n(%)	46-55 arası n(%)	56 ve üstü n(%)
İlaç Temin Şekli					
Kendi başına veya eşlik eden biriyle eczaneden	58(87,9)	83(90,2)	56(90,3)	39(92,9)	20(80,0)
Bir başkası aracılığıyla eczaneden	4(6,1)	8(8,7)	3(4,8)	3(7,1)	5(20,0)
Bağlı bulunduğu kurum veya merkezden	2(3,0)	1(1,1)	1(1,6)	0(0,0)	0(0,0)
Diğer	2(3,0)	0(0,0)	2(3,2)	0(0,0)	0(0,0)
$\chi^2 = 13,265$; $p = 0,350$					

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

İlaç temin şekline göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.45. İlaç temin şekline göre eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Eğitim Düzeyi				
	Formel eğitim yok n(%)	İlkokul mezunu n(%)	Ortaokul mezunu n(%)	Lise mezunu n(%)	Üniversite/ lis.üstü mez. n(%)
İlaç Temin Şekli					
Kendi başına veya eşlik eden biriyle eczaneden	10(90,9)	48(87,3)	43(91,5)	99(86,8)	56(93,3)
Bir başkası aracılığıyla eczaneden	1(9,1)	6(10,9)	4(8,5)	9(7,9)	3(5,0)
Bağlı bulunduğu kurum veya merkezden	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(2,6)	1(1,7)
Diğer	0(0,0)	1(1,8)	0(0,0)	3(2,6)	0(0,0)
$\chi^2 = 7,357$; $p = 0,833$					

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

İlaç temin şekline göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.46. İlaç temin şekline göre çalışma durumları arasında karşılaştırma

Değişken	Çalışma Durumu			
	Çalışmıyor n(%)	Öğrenci n(%)	Emekli n(%)	Çalışıyor n(%)
İlaç Temin Şekli				
Kendi başına veya eşlik eden biriyle eczaneden	64(90,1)	20(95,2)	43(87,8)	129(88,4)
Bir başkası aracılığıyla eczaneden	6(8,5)	1(4,8)	6(12,2)	10(6,8)
Bağlı bulunduğu kurum veya merkezden	1(1,4)	0(0,0)	0(0,0)	3(2,1)
Diğer	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	4(2,7)
$\chi^2 = 7,048$; $p = 0,632$				

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

İlaç temin şekline göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.47. İlaç temin şekline göre bireysel gelir düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Bireysel Gelir Düzeyi			
	Yok n(%)	693 TL ve altı n(%)	693-699 TL arası n(%)	1000-2499 TL arası n(%)
İlaç Temin Şekli				
Kendi başına veya eşlik eden biriyle eczaneden	89(92,7)	43(89,6)	57(83,8)	67(89,3)
Bir başkası aracılığıyla eczaneden	6(6,3)	3(6,3)	9(13,2)	5(6,7)
Bağlı bulunduğu kurum veya merkezden	1(1,0)	0(0,0)	1(1,5)	2(2,7)
Diğer	0(0,0)	2(4,2)	1(1,5)	1(1,3)
$\chi^2 = 9,016$; $p = 0,436$				

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

İlaç temin şekline göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.48. İlaç temin şekline göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Görme Düzeyi						
	Tamamen görmez n(%)	%10'dan az n(%)	%11-20 arası n(%)	%21-30 arası n(%)	%31-40 arası n(%)	%41-50 arası n(%)	%51'den çok n(%)
İlaç Temin Şekli							
Kendi başına veya eşlik eden biriyle eczaneden	104(88,9)	58(89,2)	39(84,8)	17(89,5)	17(94,4)	15(93,8)	6(100,0)
Bir başkası aracılığıyla eczaneden	11(9,4)	6(9,2)	4(8,7)	1(5,3)	0(0,0)	1(6,3)	0(0,0)
Bağlı bulunduğu kurum veya merkezden	1(0,9)	1(1,5)	0(0,0)	1(5,3)	1(5,6)	0(0,0)	0(0,0)
Diğer	1(0,9)	0(0,0)	3(6,5)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
$\chi^2 = 18,997$; $p = 0,392$							

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

İlaç temin şekline göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.49. Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre şehirler arasında karşılaştırma

Değişken	Şehir						
	Antalya n(%)	Erzurum n(%)	Gaziantep n(%)	İstanbul n(%)	İzmir n(%)	Kayseri n(%)	Samsun n(%)
Eczacının Kurduğu İletişimin Değerlendirilmesi							
Çok kötü	3(11,1)	0(0,0)	0(0,0)	11(9,6)	9(17,3)	0(0,0)	1(4,2)
Kötü	2(7,4)	1(5,9)	2(6,3)	7(6,1)	1(1,9)	0(0,0)	2(8,3)
Orta	7(25,9)	7(41,2)	11(34,4)	20(17,5)	7(13,5)	6(28,6)	11(45,8)
İyi	12(44,4)	6(35,3)	14(43,8)	39(34,2)	23(44,2)	8(38,1)	7(29,2)
Çok iyi	3(11,1)	3(17,6)	5(15,6)	37(32,5)	12(23,1)	7(33,3)	3(12,5)
$\chi^2 = 38,314$; $p = 0,032^*$							

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Çizelge 3.50. Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre cinsiyetler arasında karşılaştırma

Değişken	Cinsiyet	
	Erkek n(%)	Kadın n(%)
Eczacının Kurduğu İletişimin Değerlendirilmesi		
Çok kötü	19(8,7)	5(7,2)
Kötü	14(6,4)	1(1,4)
Orta	52(23,9)	17(24,6)
İyi	84(38,5)	25(36,2)
Çok iyi	49(22,5)	21(30,4)
$\chi^2 = 4,062$; $p = 0,398$		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.51. Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre yaş grupları arasında karşılaştırma

Değişken	Yaş				
	18-25 arası n(%)	26-35 arası n(%)	36-45 arası n(%)	46-55 arası n(%)	56 ve üstü n(%)
Eczacının Kurduğu İletişimin Değerlendirilmesi					
Çok kötü	8(12,1)	4(4,3)	5(8,1)	2(4,8)	5(20,0)
Kötü	2(3,0)	4(4,3)	5(8,1)	2(4,8)	2(8,0)
Orta	13(19,7)	26(28,3)	16(25,8)	10(23,8)	4(16,0)
İyi	28(42,4)	37(40,2)	18(29,0)	15(35,7)	11(44,0)
Çok iyi	15(22,7)	21(22,8)	18(29,0)	13(31,0)	3(12,0)
$\chi^2 = 16,730$; $p = 0,403$					

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.52. Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Eğitim Düzeyi				
	Formel eğitim yok n(%)	İlkokul mezunu n(%)	Ortaokul mezunu n(%)	Lise mezunu n(%)	Üniversite/ lis.üstü mez. n(%)
Eczacının Kurduğu İletişimin Değerlendirilmesi					
Çok kötü	1(9,1)	5(9,1)	3(6,4)	13(11,4)	2(3,3)
Kötü	0(0,0)	3(5,5)	4(8,5)	3(2,6)	5(8,3)
Orta	2(18,2)	13(23,6)	11(23,4)	33(28,9)	10(16,7)
İyi	6(54,5)	20(36,4)	16(34,0)	41(36,0)	26(43,3)
Çok iyi	2(18,2)	14(25,5)	13(27,7)	24(21,1)	17(28,3)
$\chi^2 = 13,040$; $p = 0,670$					

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.53. Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre çalışma durumları arasında karşılaştırma

Değişken	Çalışma Durumu			
	Çalışmıyor n(%)	Öğrenci n(%)	Emekli n(%)	Çalışıyor n(%)
Eczacının Kurduğu İletişimin Değerlendirilmesi				
Çok kötü	5(7,0)	2(9,5)	4(8,2)	13(8,9)
Kötü	1(1,4)	2(9,5)	5(10,2)	7(4,8)
Orta	16(22,5)	5(23,8)	10(20,4)	38(26,0)
İyi	28(39,4)	9(42,9)	19(38,8)	53(36,3)
Çok iyi	21(29,6)	3(14,3)	11(22,4)	35(24,0)
$\chi^2 = 7,945$; $p = 0,789$				

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.54. Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre bireysel gelir düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Bireysel Gelir Düzeyi			
	Yok	693 TL ve altı	693-699 TL arası	1000-2499 TL arası
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Eczacının Kurduğu İletişimin Değerlendirilmesi				
Çok kötü	6(6,3)	3(6,3)	9(13,2)	6(8,0)
Kötü	3(3,1)	1(2,1)	6(8,8)	5(6,7)
Orta	21(21,9)	15(31,3)	14(20,6)	19(25,3)
İyi	42(43,8)	21(43,8)	21(30,9)	25(33,3)
Çok iyi	24(25,0)	8(16,7)	18(26,5)	20(26,7)
$\chi^2 = 12,084$; $p = 0,439$				

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.55. Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Görme Düzeyi						
	Tamamen görmez	%10'dan az	%11-20 arası	%21-30 arası	%31-40 arası	%41-50 arası	%51'den çok
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Eczacının Kurduğu İletişimin Değerlendirilmesi							
Çok kötü	10(8,5)	4(6,2)	5(10,9)	3(15,8)	1(5,6)	1(6,3)	0(0,0)
Kötü	7(6,0)	4(6,2)	1(2,2)	1(5,3)	1(5,6)	1(6,3)	0(0,0)
Orta	24(20,5)	17(26,2)	9(19,6)	7(36,8)	7(38,9)	4(25,0)	1(16,7)
İyi	41(35,0)	26(40,0)	24(52,2)	3(15,8)	4(22,2)	8(50,0)	3(50,0)
Çok iyi	35(29,9)	14(21,5)	7(15,2)	5(26,3)	5(27,8)	2(12,5)	2(33,3)
$\chi^2 = 20,100$; $p = 0,691$							

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.56. İlaç kullanmakta olanların ilaç adı, dozu, kullanım sıklığı ve ne zamandan beri kullanıldığı bilgilerini hatırlama durumuna göre şehirler arasında karşılaştırma

Değişken	Şehir						
	Antalya n(%)	Erzurum n(%)	Gaziantep n(%)	İstanbul n(%)	İzmir n(%)	Kayseri n(%)	Samsun n(%)
İlaç Adını Hatırlama Durumu							
Hatırlıyor	10(71,4)	3(50,0)	7(63,6)	42(76,4)	17(77,3)	6(66,7)	6(66,7)
Hatırlamıyor	4(28,6)	3(50,0)	4(36,4)	13(23,6)	5(22,7)	3(33,3)	3(33,3)
$\chi^2 = 2,912$; $p = 0,820$							
İlaç Dozunu Hatırlama Durumu							
Hatırlıyor	10(71,4)	3(50,0)	8(72,7)	44(80,0)	18(81,8)	8(88,9)	8(88,9)
Hatırlamıyor	4(28,6)	3(50,0)	3(27,3)	11(20,0)	4(18,2)	1(11,1)	1(11,1)
$\chi^2 = 4,899$; $p = 0,557$							
İlacın Hangi Sıklıkta Kullanıldığını Hatırlama Durumu							
Hatırlıyor	13(92,9)	6(100,0)	11(100,0)	55(100,0)	22(100,0)	9(100,0)	9(100,0)
Hatırlamıyor	1(7,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
$\chi^2 = 8,064$; $p = 0,233$							
İlacı Ne Zamandan Beri Kullandığını Hatırlama Durumu							
Hatırlıyor	11(78,6)	6(100,0)	9(81,8)	50(90,9)	20(90,9)	8(88,9)	8(88,9)
Hatırlamıyor	3(21,4)	0(0,0)	2(18,2)	5(9,1)	2(9,1)	1(11,1)	1(11,1)
$\chi^2 = 3,134$; $p = 0,792$							
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$							

İlaç adını hatırlama durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlaç dozunu hatırlama durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlacın kullanım sıklığını hatırlama durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlacın ne zamandan beri kullanıldığını hatırlama durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.57. İlaç kullanmakta olanların ilaç adı, dozu, kullanım sıklığı ve ne zamandan beri kullanıldığı bilgilerini hatırlama durumuna göre cinsiyetler arasında karşılaştırma

Değişken	Cinsiyet	
	Erkek n(%)	Kadın n(%)
İlaç Adını Hatırlama Durumu		
Hatırlıyor	62(68,1)	29(82,9)
Hatırlamıyor	29(31,9)	6(17,1)
$\chi^2 = 2,914$; $p = 0,088$		
İlaç Dozunu Hatırlama Durumu		
Hatırlıyor	66(72,5)	33(94,3)
Hatırlamıyor	25(27,5)	2(5,7)
$\chi^2 = 8,604$; $p = 0,003^{**}$		
İlacın Hangi Sıklıkta Kullanıldığını Hatırlama Durumu		
Hatırlıyor	90(98,9)	35(100,0)
Hatırlamıyor	1(1,1)	0(0,0)
$\chi^2 = 0,654$; $p = 0,419$		
İlacı Ne Zamandan Beri Kullandığını Hatırlama Durumu		
Hatırlıyor	79(86,8)	33(94,3)
Hatırlamıyor	12(13,2)	2(5,7)
$\chi^2 = 1,608$; $p = 0,205$		
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$		

İlaç adını hatırlama durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlaç dozunu hatırlama durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$).

İlacın kullanım sıklığını hatırlama durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlacın ne zamandan beri kullanıldığını hatırlama durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.58. İlaç kullanmakta olanların ilaç adı, dozu, kullanım sıklığı ve ne zamandan beri kullanıldığı bilgilerini hatırlama durumuna göre yaş grupları arasında karşılaştırma

Değişken	Yaş				
	18-25 arası n(%)	26-35 arası n(%)	36-45 arası n(%)	46-55 arası n(%)	56 ve üstü n(%)
İlaç Adını Hatırlama Durumu					
Hatırlıyor	19(90,5)	26(76,5)	22(73,3)	16(72,7)	8(42,1)
Hatırlamıyor	2(9,5)	8(23,5)	8(26,7)	6(27,3)	11(57,9)
$\chi^2 = 12,405$; $p = 0,015^*$					
İlaç Dozunu Hatırlama Durumu					
Hatırlıyor	17(81,0)	30(88,2)	26(86,7)	16(72,7)	10(52,6)
Hatırlamıyor	4(19,0)	4(11,8)	4(13,3)	6(27,3)	9(47,4)
$\chi^2 = 11,164$; $p = 0,025^*$					
İlacın Hangi Sıklıkta Kullanıldığını Hatırlama Durumu					
Hatırlıyor	21(100,0)	34(100,0)	30(100,0)	22(100,0)	18(94,7)
Hatırlamıyor	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(5,3)
$\chi^2 = 5,677$; $p = 0,225$					
İlacı Ne Zamandan Beri Kullandığını Hatırlama Durumu					
Hatırlıyor	18(85,7)	31(91,2)	27(90,0)	19(86,4)	17(89,5)
Hatırlamıyor	3(14,3)	3(8,8)	3(10,0)	3(13,6)	2(10,5)
$\chi^2 = 0,581$; $p = 0,965$					

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

İlaç adını hatırlama durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

İlaç dozunu hatırlama durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

İlacın kullanım sıklığını hatırlama durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlacın ne zamandan beri kullanıldığını hatırlama durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.59. İlaç kullanmakta olanların ilaç adı, dozu, kullanım sıklığı ve ne zamandan beri kullanıldığı bilgilerini hatırlama durumuna göre eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Eğitim Düzeyi				
	Formel eğitim yok n(%)	İlkokul Mezun n(%)	Ortaokul Mezun n(%)	Lise Mezun n(%)	Üniversite/ lis.üstü mez. n(%)
İlaç Adını Hatırlama Durumu					
Hatırlıyor	4(66,7)	17(58,6)	15(68,2)	36(76,6)	19(86,4)
Hatırlamıyor	2(33,3)	12(41,4)	7(31,8)	11(23,4)	3(13,6)
$\chi^2 = 5,587$; $p = 0,232$					
İlaç Dozunu Hatırlama Durumu					
Hatırlıyor	2(33,3)	23(79,3)	16(72,7)	37(78,7)	21(95,4)
Hatırlamıyor	4(66,7)	6(20,7)	6(27,3)	10(21,3)	1(4,6)
$\chi^2 = 29,124$; $p < 0,001^*$					
İlacın Hangi Sıklıkta Kullanıldığını Hatırlama Durumu					
Hatırlıyor	5(83,3)	29(100,0)	22(100,0)	47(100,0)	22(100,0)
Hatırlamıyor	1(16,7)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
$\chi^2 = 20,160$; $p < 0,001^*$					
İlacı Ne Zamandan Beri Kullandığını Hatırlama Durumu					
Hatırlıyor	4(66,7)	26(89,7)	21(95,5)	40(85,1)	21(95,4)
Hatırlamıyor	2(33,3)	3(10,3)	1(4,5)	7(14,9)	1(4,6)
$\chi^2 = 5,619$; $p = 0,229$					
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$					

İlaç adını hatırlama durumuna göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlaç dozunu hatırlama durumuna göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$).

İlacın kullanım sıklığını hatırlama durumuna göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$).

İlacın ne zamandan beri kullanıldığını hatırlama durumuna göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.60. İlaç kullanmakta olanların ilaç adı, dozu, kullanım sıklığı ve ne zamandan beri kullanıldığı bilgilerini hatırlama durumuna göre çalışma durumları arasında karşılaştırma

Değişken	Çalışma Durumu			
	Çalışmıyor n(%)	Öğrenci n(%)	Emekli n(%)	Çalışıyor n(%)
İlaç Adını Hatırlama Durumu				
Hatırlıyor	20(28,2)	8(38,1)	18(36,7)	45(30,8)
Hatırlamıyor	51(71,8)	13(61,9)	31(63,3)	101(69,2)
$\chi^2 = 1,431$; $p = 0,698$				
İlaç Dozunu Hatırlama Durumu				
Hatırlıyor	23(32,4)	8(38,1)	22(44,9)	46(31,5)
Hatırlamıyor	48(67,6)	13(61,9)	27(55,1)	100(68,5)
$\chi^2 = 3,183$; $p = 0,364$				
İlacın Hangi Sıklıkta Kullanıldığını Hatırlama Durumu				
Hatırlıyor	28(39,4)	8(38,1)	32(65,3)	57(39,0)
Hatırlamıyor	43(60,6)	13(61,9)	17(34,7)	89(61,0)
$\chi^2 = 11,384$; $p = 0,010^{**}$				
İlacı Ne Zamandan Beri Kullandığını Hatırlama Durumu				
Hatırlıyor	26(36,6)	7(33,3)	29(59,2)	50(34,2)
Hatırlamıyor	45(63,4)	14(66,7)	20(40,8)	96(65,8)
$\chi^2 = 10,228$; $p = 0,017^*$				
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$				

İlaç adını hatırlama durumuna göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlaç dozunu hatırlama durumuna göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlacın kullanım sıklığını hatırlama durumuna göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

İlacın ne zamandan beri kullanıldığını hatırlama durumuna göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Çizelge 3.61. İlaç kullanmakta olanların ilaç adı, dozu, kullanım sıklığı ve ne zamandan beri kullanıldığı bilgilerini hatırlama durumuna göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Görme Düzeyi						
	Tamamen görmez n(%)	%10'dan az n(%)	%11-20 arası n(%)	%21-30 arası n(%)	%31-40 arası n(%)	%41-50 arası n(%)	%51'den çok n(%)
İlaç Adını Hatırlama Durumu							
Hatırlıyor	33(64,7)	28(75,7)	16(88,9)	6(75,0)	4(66,7)	3(60,0)	1(100,0)
Hatırlamıyor	18(35,3)	9(24,3)	2(11,1)	2(25,0)	2(33,3)	2(40,0)	0(0,0)
$\chi^2 = 5,028$; $p = 0,540$							
İlaç Dozunu Hatırlama Durumu							
Hatırlıyor	38(74,5)	31(83,8)	14(77,8)	8(100,0)	4(66,7)	4(80,0)	0(0,0)
Hatırlamıyor	13(25,5)	6(16,2)	4(22,2)	0(0,0)	2(33,3)	1(20,0)	1(100,0)
$\chi^2 = 7,463$; $p = 0,280$							
İlacın Hangi Sıklıkta Kullanıldığını Hatırlama Durumu							
Hatırlıyor	50(98,0)	37(100,0)	18(100,0)	8(100,0)	6(100,0)	5(100,0)	1(100,0)
Hatırlamıyor	1(2,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
$\chi^2 = 1,482$; $p = 0,961$							
İlacı Ne Zamandan Beri Kullandığını Hatırlama Durumu							
Hatırlıyor	45(88,2)	34(91,9)	15(83,3)	7(87,5)	6(100,0)	4(80,0)	1(100,0)
Hatırlamıyor	6(11,8)	3(8,1)	3(16,7)	1(12,5)	0(0,0)	1(20,0)	0(0,0)
$\chi^2 = 2,213$; $p = 0,899$							

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

İlaç adını hatırlama durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlaç dozunu hatırlama durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlacın kullanım sıklığını hatırlama durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlacın ne zamandan beri kullanıldığını hatırlama durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.62. En sık kullanılan ilaç grubuna göre şehirler arasında karşılaştırma

Değişken	Şehir						
	Antalya n(%)	Erzurum n(%)	Gaziantep n(%)	İstanbul n(%)	İzmir n(%)	Kayseri n(%)	Samsun n(%)
Ağrı Kesiciler							
Evet	20(74,1)	10(58,8)	28(87,5)	80(70,2)	32(61,5)	17(81,0)	14(58,3)
Hayır	7(25,9)	7(41,2)	4(12,5)	34(29,8)	20(38,5)	4(19,0)	10(41,7)
$\chi^2=10,428$; $p=0,108$							
Antibiyotikler							
Evet	7(25,9)	3(17,6)	12(37,5)	30(26,3)	12(23,1)	6(28,6)	7(29,2)
Hayır	20(74,1)	14(82,4)	20(62,5)	84(73,7)	40(76,9)	15(71,4)	17(70,8)
$\chi^2=3,085$; $p=0,798$							
Göz İlaçları							
Evet	5(18,5)	4(23,5)	3(9,4)	20(17,5)	9(17,3)	4(19,0)	9(37,5)
Hayır	22(81,5)	13(76,5)	29(90,6)	94(82,5)	43(82,7)	17(81,0)	15(62,5)
$\chi^2=7,800$; $p=0,253$							
Depresyon İlaçları							
Evet	4(14,8)	3(17,6)	2(6,2)	12(10,5)	8(15,4)	17(81,0)	2(8,3)
Hayır	23(85,2)	14(82,4)	30(93,8)	102(89,5)	44(84,6)	4(19,0)	22(91,7)
$\chi^2=3,747$; $p=0,711$							
Kas Gevşeticiler							
Evet	5(18,5)	0(0,0)	6(18,8)	13(11,4)	5(9,6)	1(4,8)	4(16,7)
Hayır	22(81,5)	17(100,0)	26(81,2)	101(88,6)	47(90,4)	20(95,2)	20(83,3)
$\chi^2=6,708$; $p=0,349$							
Ateş Düşürücüler							
Evet	3(11,1)	2(11,8)	3(9,4)	13(11,4)	5(9,6)	3(14,3)	3(12,5)
Hayır	24(88,9)	15(88,2)	29(90,6)	101(88,6)	47(90,4)	18(85,7)	21(87,5)
$\chi^2=0,492$; $p=0,998$							
Diğer İlaçlar							
Evet	4(14,8)	1(5,9)	3(9,4)	25(21,9)	9(17,3)	1(4,8)	1(4,2)
Hayır	23(85,2)	16(94,1)	29(90,6)	89(78,1)	43(82,7)	20(95,2)	23(95,8)
$\chi^2=10,142$; $p=0,119$							

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

En sık kullanılan ilaç grubunun ağrı kesiciler olması durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun antibiyotikler olması durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun göz ilaçları olması durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun depresyon ilaçları olması durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun kas gevşeticiler olması durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun ateş düşürücüler olması durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun ağrı kesici, antibiyotik, göz ilacı, antidepresan, kas gevşetici ve ateş düşürücüler dışında olması durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.63. En sık kullanılan ilaç grubuna göre cinsiyetler arasında karşılaştırma

Değişken	Cinsiyet	
	Erkek n(%)	Kadın n(%)
Ağrı Kesiciler		
Evet	156(71,6)	45(65,2)
Hayır	62(28,4)	24(34,8)
$\chi^2 = 0,725$; $p = 0,394$		
Antibiyotikler		
Evet	60(27,5)	17(24,6)
Hayır	158(72,5)	52(75,4)
$\chi^2 = 0,100$; $p = 0,752$		
Göz İlaçları		
Evet	37(17,0)	17(24,6)
Hayır	181(83,0)	52(75,4)
$\chi^2 = 1,545$; $p = 0,214$		
Depresyon İlaçları		
Evet	18(8,3)	17(24,6)
Hayır	200(91,7)	52(75,4)
$\chi^2 = 11,649$; $p = 0,001^{***}$		
Kas Gevşeticiler		
Evet	29(13,3)	5(7,2)
Hayır	189(86,7)	64(92,8)
$\chi^2 = 1,307$; $p = 0,253$		
Ateş Düşürücüler		
Evet	26(11,9)	6(8,7)
Hayır	192(88,1)	63(91,3)
$\chi^2 = 0,274$; $p = 0,600$		
Diğer İlaçlar		
Evet	35(16,1)	9(13,0)
Hayır	183(83,9)	60(87,0)
$\chi^2 = 0,171$; $p = 0,679$		
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$		

En sık kullanılan ilaç grubunun ağrı kesiciler olması durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun antibiyotikler olması durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun göz ilaçları olması durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun depresyon ilaçları olması durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$).

En sık kullanılan ilaç grubunun kas gevşeticiler olması durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun ateş düşürücüler olması durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun ağrı kesici, antibiyotik, göz ilacı, antidepresan, kas gevşetici ve ateş düşürücüler dışında olması durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.64. En sık kullanılan ilaç grubuna göre yaş grupları arasında karşılaştırma

Değişken	Yaş				
	18-25 arası n(%)	26-35 arası n(%)	36-45 arası n(%)	46-55 arası n(%)	56 ve üstü n(%)
Ağrı Kesiciler					
Evet	48(72,8)	69(75,0)	37(59,7)	32(76,2)	15(60,0)
Hayır	18(27,2)	23(25,0)	25(40,3)	10(23,8)	10(40,0)
$\chi^2 = 6,436$; $p = 0,169$					
Antibiyotikler					
Evet	17(25,8)	25(27,2)	21(33,9)	10(23,8)	4(16,0)
Hayır	49(74,2)	67(72,8)	41(66,1)	32(76,2)	21(84,0)
$\chi^2 = 3,299$; $p = 0,509$					
Göz İlaçları					
Evet	14(21,2)	16(17,4)	13(21,0)	6(14,3)	5(20,0)
Hayır	52(78,8)	76(82,6)	49(79,0)	36(85,7)	20(80,0)
$\chi^2 = 1,145$; $p = 0,887$					
Depresyon İlaçları					
Evet	8(12,1)	12(13,0)	10(16,1)	2(4,8)	3(12,0)
Hayır	58(87,9)	80(87,0)	52(83,9)	40(95,2)	22(88,0)
$\chi^2 = 3,126$; $p = 0,537$					
Kas Gevşeticiler					
Evet	4(6,1)	11(12,0)	4(6,5)	9(21,4)	6(24,0)
Hayır	62(93,9)	81(88,0)	58(93,5)	33(78,6)	19(76,0)
$\chi^2 = 11,073$; $p = 0,026^*$					
Ateş Düşürücüler					
Evet	4(6,1)	11(12,0)	7(11,3)	6(14,3)	4(16,0)
Hayır	62(93,9)	81(88,0)	55(88,7)	36(85,7)	21(84,0)
$\chi^2 = 2,798$; $p = 0,592$					
Diğer İlaçlar					
Evet	6(9,1)	15(16,3)	6(9,7)	6(14,3)	11(44,0)
Hayır	60(90,9)	77(83,7)	56(90,3)	36(85,7)	14(56,0)
$\chi^2 = 19,439$; $p = 0,001^{***}$					
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$					

En sık kullanılan ilaç grubunun ağrı kesiciler olması durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun antibiyotikler olması durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun göz ilaçları olması durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun depresyon ilaçları olması durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun kas gevşeticiler olması durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun ateş düşürücüler olması durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun ağrı kesici, antibiyotik, göz ilacı, antidepresan, kas gevşetici ve ateş düşürücüler dışında olması durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$).

Çizelge 3.65. En sık kullanılan ilaç grubuna göre eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Eğitim Düzeyi				
	Formel eğitim yok n(%)	İlkokul mezunu n(%)	Ortaokul mezunu n(%)	Lise mezunu n(%)	Üniversite/ lis.üstü mez. n(%)
Ağrı Kesiciler					
Evet	6(54,5)	30(54,5)	38(80,9)	83(72,8)	44(73,3)
Hayır	5(45,5)	25(45,5)	9(19,1)	31(27,2)	16(26,7)
$\chi^2=10,894$; $p=0,028^*$					
Antibiyotikler					
Evet	4(36,4)	17(30,9)	5(10,6)	33(28,9)	18(30,0)
Hayır	7(63,6)	38(69,1)	42(89,4)	81(71,1)	42(70,0)
$\chi^2=7,820$; $p=0,098$					
Göz İlaçları					
Evet	4(36,4)	15(27,3)	7(14,9)	19(16,7)	9(15,0)
Hayır	7(63,6)	40(72,7)	40(85,1)	95(83,3)	51(85,0)
$\chi^2=6,183$; $p=0,186$					
Depresyon İlaçları					
Evet	1(9,1)	6(10,9)	4(8,5)	16(14,0)	8(13,3)
Hayır	10(90,9)	49(89,1)	43(91,5)	98(86,0)	52(86,7)
$\chi^2=1,213$; $p=0,876$					
Kas Gevşeticiler					
Evet	1(9,1)	7(12,7)	7(14,9)	11(9,6)	8(13,3)
Hayır	10(90,9)	48(87,3)	40(85,1)	103(90,4)	52(86,7)
$\chi^2=1,193$; $p=0,879$					
Ateş Düşürücüler					
Evet	3(27,3)	4(7,3)	8(17,0)	10(8,8)	7(11,7)
Hayır	8(72,7)	51(92,7)	39(83,0)	104(91,2)	53(88,3)
$\chi^2=6,023$; $p=0,197$					
Diğer İlaçlar					
Evet	2(18,2)	12(21,8)	7(14,9)	17(14,9)	6(10,0)
Hayır	9(81,8)	43(78,2)	40(85,1)	97(85,1)	54(90,0)
$\chi^2=3,188$; $p=0,527$					

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

En sık kullanılan ilaç grubunun ağrı kesiciler olması durumuna göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun antibiyotikler olması durumuna göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun göz ilaçları olması durumuna göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun depresyon ilaçları olması durumuna göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun kas gevşeticiler olması durumuna göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun ateş düşürücüler olması durumuna göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun ağrı kesici, antibiyotik, göz ilacı, antidepresan, kas gevşetici ve ateş düşürücüler dışında olması durumuna göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.66. En sık kullanılan ilaç grubuna göre çalışma durumları arasında karşılaştırma

Değişken	Çalışma Durumu			
	Çalışmıyor n(%)	Öğrenci n(%)	Emekli n(%)	Çalışıyor n(%)
Ağrı Kesiciler				
Evet	52(73,2)	16(76,2)	34(69,4)	99(67,8)
Hayır	19(26,8)	5(23,8)	15(30,6)	47(32,2)
$\chi^2 = 1,081$; $p = 0,782$				
Antibiyotikler				
Evet	21(29,6)	5(23,8)	9(18,4)	42(28,8)
Hayır	50(70,4)	16(76,2)	40(81,6)	104(71,2)
$\chi^2 = 2,437$; $p = 0,487$				
Göz İlaçları				
Evet	17(23,9)	6(28,6)	6(12,2)	25(17,1)
Hayır	54(76,1)	15(71,4)	43(87,8)	121(82,9)
$\chi^2 = 4,189$; $p = 0,242$				
Depresyon İlaçları				
Evet	11(15,5)	2(9,5)	3(6,1)	19(13,0)
Hayır	60(84,5)	19(90,5)	46(93,9)	127(87,0)
$\chi^2 = 2,640$; $p = 0,451$				
Kas Gevşeticiler				
Evet	3(4,2)	3(14,3)	10(20,4)	18(12,3)
Hayır	68(95,8)	18(85,7)	39(79,6)	128(87,7)
$\chi^2 = 7,540$; $p = 0,057$				
Ateş Düşürücüler				
Evet	8(11,3)	2(9,5)	3(6,1)	19(13,0)
Hayır	63(88,7)	19(90,5)	46(93,9)	127(87,0)
$\chi^2 = 1,819$; $p = 0,611$				
Diğer İlaçlar				
Evet	9(12,7)	1(4,8)	17(34,7)	17(11,6)
Hayır	62(87,3)	20(95,2)	32(65,3)	129(88,4)
$\chi^2 = 17,875$; $p < 0,001^{***}$				
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$				

En sık kullanılan ilaç grubunun ağrı kesiciler olması durumuna göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun antibiyotikler olması durumuna göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun göz ilaçları olması durumuna göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun depresyon ilaçları olması durumuna göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun kas gevşeticiler olması durumuna göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun ateş düşürücüler olması durumuna göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun ağrı kesici, antibiyotik, göz ilacı, antidepresan, kas gevşetici ve ateş düşürücüler dışında olması durumuna göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Çizelge 3.67. En sık kullanılan ilaç grubuna göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Görme Düzeyi						
	Tamamen görmez n(%)	%10'dan az n(%)	%11-20 arası n(%)	%21-30 arası n(%)	%31-40 arası n(%)	%41-50 arası n(%)	%51'den çok n(%)
Ağrı Kesiciler							
Evet	85(72,6)	46(70,8)	30(65,2)	11(57,9)	14(77,8)	12(75,0)	3(50,0)
Hayır	32(27,4)	19(29,2)	16(34,8)	8(42,1)	4(22,2)	4(25,0)	3(50,0)
$\chi^2 = 4,091$; $p = 0,664$							
Antibiyotikler							
Evet	32(27,4)	19(29,2)	10(21,7)	2(10,5)	6(33,3)	7(43,8)	1(16,7)
Hayır	85(72,6)	46(70,8)	36(78,3)	17(89,5)	12(66,7)	9(56,2)	5(83,3)
$\chi^2 = 6,424$; $p = 0,377$							
Göz İlaçları							
Evet	14(12,0)	13(20,0)	8(17,4)	9(47,4)	5(27,8)	5(31,2)	0(0,0)
Hayır	103(88,0)	52(80,0)	38(82,6)	10(52,6)	13(72,2)	11(68,8)	6(100,0)
$\chi^2 = 17,812$; $p = 0,007^{**}$							
Depresyon İlaçları							
Evet	13(11,1)	11(16,9)	6(13,0)	1(5,3)	2(11,1)	2(12,5)	0(0,0)
Hayır	104(88,9)	54(83,1)	40(87,0)	18(94,7)	16(88,9)	14(87,5)	6(100,0)
$\chi^2 = 3,223$; $p = 0,780$							
Kas Gevşeticiler							
Evet	13(11,1)	7(10,8)	8(17,4)	1(5,3)	3(16,7)	2(12,5)	0(0,0)
Hayır	104(88,9)	58(89,2)	38(82,6)	18(94,7)	15(83,3)	14(87,5)	6(100,0)
$\chi^2 = 3,489$; $p = 0,745$							
Ateş Düşürücüler							
Evet	12(10,3)	9(13,8)	6(13,0)	1(5,3)	0(0,0)	3(18,8)	1(16,7)
Hayır	105(89,7)	56(86,2)	40(87,0)	18(94,7)	18(100,0)	13(81,2)	5(83,3)
$\chi^2 = 4,778$; $p = 0,573$							
Diğer İlaçlar							
Evet	17(14,5)	11(16,9)	8(17,4)	2(10,5)	4(22,2)	1(6,2)	1(16,7)
Hayır	100(85,5)	54(83,1)	38(82,6)	17(89,5)	14(77,8)	15(93,8)	5(83,3)
$\chi^2 = 2,356$; $p = 0,884$							

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

En sık kullanılan ilaç grubunun ağrı kesiciler olması durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun antibiyotikler olması durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun göz ilaçları olması durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$).

En sık kullanılan ilaç grubunun depresyon ilaçları olması durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun kas gevşeticiler olması durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun ateş düşürücüler olması durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

En sık kullanılan ilaç grubunun ağrı kesici, antibiyotik, göz ilacı, antidepresan, kas gevşetici ve ateş düşürücüler dışında olması durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.68. Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre şehirler arasında karşılaştırma

Değişken	Şehir						
	Antalya n(%)	Erzurum n(%)	Gaziantep n(%)	İstanbul n(%)	İzmir n(%)	Kayseri n(%)	Samsun n(%)
Kendi Kendine İlaç Kullanımı							
Var	1(3,7)	7(41,2)	8(25,0)	21(18,4)	13(25,0)	7(33,3)	7(29,2)
Yok	26(96,3)	10(58,8)	24(75,0)	93(81,6)	39(75,0)	14(66,7)	17(70,8)
$\chi^2 = 12,357$; $p = 0,054$							
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$							

Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.69. Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre cinsiyetler arasında karşılaştırma

Değişken	Cinsiyet	
	Erkek n(%)	Kadın n(%)
Kendi Kendine İlaç Kullanımı		
Var	51(23,4)	13(18,8)
Yok	167(76,6)	56(81,2)
$\chi^2 = 0,392$; $p = 0,531$		
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$		

Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.70. Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre yaş grupları arasında karşılaştırma

Değişken	Yaş				
	18-25 arası n(%)	26-35 arası n(%)	36-45 arası n(%)	46-55 arası n(%)	56 ve üstü n(%)
Kendi Kendine İlaç Kullanımı					
Var	14(21,2)	22(23,9)	14(22,6)	12(28,6)	2(8,0)
Yok	52(78,8)	70(76,1)	48(77,4)	30(71,4)	23(92,0)
$\chi^2 = 4,090$; $p = 0,394$					
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$					

Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.71. Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Eğitim Düzeyi				
	Formel eğitim yok n(%)	İlkokul Mezun n(%)	Ortaokul Mezun n(%)	Lise Mezun n(%)	Üniversite/ lis.üstü mez. n(%)
Kendi Kendine İlaç Kullanımı					
Var	2(18,2)	8(14,5)	12(25,5)	22(19,3)	20(33,3)
Yok	9(81,8)	47(85,5)	35(74,5)	92(80,7)	40(66,7)
$\chi^2 = 7,108$; $p = 0,130$					
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$					

Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.72. Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre çalışma durumları arasında karşılaştırma

Değişken	Çalışma Durumu			
	Çalışmıyor n(%)	Öğrenci n(%)	Emekli n(%)	Çalışıyor n(%)
Kendi Kendine İlaç Kullanımı				
Var	14(19,7)	5(23,8)	6(12,2)	39(26,7)
Yok	57(80,3)	16(76,2)	43(87,8)	107(73,3)
$\chi^2 = 4,800$; $p = 0,187$				
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$				

Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.73. Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre bireysel gelir düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Bireysel Gelir Düzeyi			
	Yok n(%)	693 TL ve altı n(%)	693-699 TL arası n(%)	1000-2499 TL arası n(%)
Kendi Kendine İlaç Kullanımı				
Var	18(18,8)	12(25,0)	14(20,6)	20(26,7)
Yok	78(81,2)	36(75,0)	54(79,4)	55(73,3)
$\chi^2 = 1,841$; $p = 0,606$				
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$				

Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.74. Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Görme Düzeyi						
	Tamamen görmez n(%)	%10'dan az n(%)	%11-20 arası n(%)	%21-30 arası n(%)	%31-40 arası n(%)	%41-50 arası n(%)	%51'den çok n(%)
Kendi Kendine İlaç Kullanımı							
Var	27(23,1)	19(29,2)	8(17,4)	2(10,5)	3(16,7)	4(25,0)	1(16,7)
Yok	90(76,9)	46(70,8)	38(82,6)	17(89,5)	15(83,3)	12(75,0)	5(83,3)
$\chi^2=4,509$; $p=0,608$							

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.75. Farklı farmasötik formdaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre şehirler arasında karşılaştırma

Değişken	Şehir						
	Antalya n(%)	Erzurum n(%)	Gaziantep n(%)	İstanbul n(%)	İzmir n(%)	Kayseri n(%)	Samsun n(%)
Tablet-Kapsül Kullanımını Zor Buluyor mu?							
Evet	2(7,4)	3(17,6)	1(3,1)	10(8,8)	1(1,9)	1(4,8)	3(12,5)
Hayır	25(92,6)	14(82,4)	31(96,9)	104(91,2)	51(98,1)	20(95,2)	21(87,5)
$\chi^2 = 7,244$; p=0,299							
Şurup Kullanımını Zor Buluyor mu?							
Evet	21(77,8)	11(64,7)	19(59,4)	69(60,5)	36(69,2)	15(71,4)	20(83,3)
Hayır	6(22,2)	6(35,3)	13(40,6)	45(39,5)	16(30,8)	6(28,6)	4(16,7)
$\chi^2 = 7,582$; p=0,270							
Krem-Merhem Kullanımını Zor Buluyor mu?							
Evet	8(29,6)	3(17,6)	2(6,2)	15(13,2)	7(13,5)	3(14,3)	4(16,7)
Hayır	19(70,4)	14(82,4)	30(93,8)	99(86,8)	45(86,5)	18(85,7)	20(83,3)
$\chi^2 = 7,122$; p=0,310							
Damla Kullanımını Zor Buluyor mu?							
Evet	16(59,3)	4(23,5)	8(25,0)	45(39,5)	23(44,2)	6(28,6)	12(50,0)
Hayır	11(40,7)	13(76,5)	24(75,0)	69(60,5)	29(55,8)	15(71,4)	12(50,0)
$\chi^2 = 11,656$; p=0,070							
Ağız-Burun Spreyi Kullanımını Zor Buluyor mu?							
Evet	7(25,9)	0(0,0)	2(6,2)	8(7,0)	3(5,8)	1(4,8)	2(8,3)
Hayır	20(74,1)	17(100,0)	30(93,8)	106(93,0)	49(94,2)	20(95,2)	22(91,7)
$\chi^2 = 14,181$; p=0,028*							
Fitil Kullanımını Zor Buluyor mu?							
Evet	6(22,2)	4(23,5)	2(6,2)	24(21,1)	7(13,5)	7(33,3)	5(20,8)
Hayır	21(77,8)	13(76,5)	30(93,8)	90(78,9)	45(86,5)	14(66,7)	19(79,2)
$\chi^2 = 7,936$; p=0,243							
Diğer Formdaki İlaçların Kullanımını Zor Buluyor mu?							
Evet	0(0,0)	0(0,0)	3(9,4)	6(5,3)	4(7,7)	0(0,0)	0(0,0)
Hayır	27(100,0)	17(100,0)	29(90,6)	108(94,7)	48(92,3)	21(100,0)	24(100,0)
$\chi^2 = 7,305$; p=0,294							

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001

Tablet-kapsül formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Şurup formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Krem formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Damla formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sprey formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Suppozitivar formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Diğer farmasötik formlardaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.76. Farklı farmasötik formdaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre cinsiyetler arasında karşılaştırma

Değişken	Cinsiyet	
	Erkek n(%)	Kadın n(%)
Tablet-Kapsül Kullanımını Zor Buluyor mu?		
Evet	13(6,0)	8(11,6)
Hayır	205(94,0)	61(88,4)
$\chi^2 = 1,690$; $p=0,194$		
Şurup Kullanımını Zor Buluyor mu?		
Evet	145(66,5)	46(66,7)
Hayır	73(33,5)	23(33,3)
$\chi^2 = 0,001$; $p=0,981$		
Krem-Merhem Kullanımını Zor Buluyor mu?		
Evet	38(17,4)	4(5,8)
Hayır	180(82,6)	65(94,2)
$\chi^2 = 4,785$; $p=0,029^*$		
Damla Kullanımını Zor Buluyor mu?		
Evet	83(38,1)	31(44,9)
Hayır	135(61,9)	38(55,1)
$\chi^2 = 1,028$; $p=0,311$		
Ağız-Burun Spreyi Kullanımını Zor Buluyor mu?		
Evet	17(7,8)	6(8,7)
Hayır	201(92,2)	63(91,3)
$\chi^2 = 0,057$; $p=0,811$		
Fitil Kullanımını Zor Buluyor mu?		
Evet	41(18,8)	14(20,3)
Hayır	177(81,2)	55(79,7)
$\chi^2 = 0,009$; $p=0,923$		
Diğer Formdaki İlaçların Kullanımını Zor Buluyor mu?		
Evet	7(3,2)	6(8,7)
Hayır	211(96,8)	63(91,3)
$\chi^2 = 3,646$; $p=0,056$		

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tablet-kapsül formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Şurup formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Krem formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Damla formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sprey formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Suppozitivar formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Diğer farmasötik formlardaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.77. Farklı farmasötik formdaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre yaş grupları arasında karşılaştırma

Değişken	Yaş				
	18-25 arası n(%)	26-35 arası n(%)	36-45 arası n(%)	46-55 arası n(%)	56 ve üstü n(%)
Tablet-Kapsül Kullanımını Zor Buluyor mu?					
Evet	3(4,5)	7(7,6)	7(11,3)	2(4,8)	2(8,0)
Hayır	63(95,5)	85(92,4)	55(88,7)	40(95,2)	23(92,0)
$\chi^2 = 2,624$; $p = 0,623$					
Şurup Kullanımını Zor Buluyor mu?					
Evet	42(63,6)	60(65,2)	43(69,4)	30(71,4)	16(64,0)
Hayır	24(36,4)	32(34,8)	19(30,6)	12(28,6)	9(36,0)
$\chi^2 = 1,066$; $p = 0,900$					
Krem-Merhem Kullanımını Zor Buluyor mu?					
Evet	9(13,6)	9(9,8)	12(19,4)	10(23,8)	2(8,0)
Hayır	57(86,4)	83(90,2)	50(80,6)	32(76,2)	23(92,0)
$\chi^2 = 6,603$; $p = 0,158$					
Damla Kullanımını Zor Buluyor mu?					
Evet	25(37,9)	40(43,5)	23(37,1)	20(47,6)	6(24,0)
Hayır	41(62,1)	52(56,5)	39(62,9)	22(52,4)	19(76,0)
$\chi^2 = 4,489$; $p = 0,344$					
Ağız-Burun Spreyi Kullanımını Zor Buluyor mu?					
Evet	4(6,1)	11(12,0)	5(8,1)	3(7,1)	0(0,0)
Hayır	62(93,9)	81(88,0)	57(91,9)	39(92,9)	25(100,0)
$\chi^2 = 4,503$; $p = 0,342$					
Fitil Kullanımını Zor Buluyor mu?					
Evet	9(13,6)	15(16,3)	17(27,4)	10(23,8)	4(16,0)
Hayır	57(86,4)	77(83,7)	45(72,6)	32(76,2)	21(84,0)
$\chi^2 = 5,262$; $p = 0,261$					
Diğer Formdaki İlaçların Kullanımını Zor Buluyor mu?					
Evet	6(9,1)	4(4,3)	3(4,8)	0(0,0)	0(0,0)
Hayır	60(90,9)	88(95,7)	59(95,2)	42(100,0)	25(100,0)
$\chi^2 = 6,375$; $p = 0,173$					

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tablet-kapsül formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Şurup formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Krem formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Damla formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sprey formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Suppozitivar formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Diğer farmasötik formlardaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.78. Farklı farmasötik formdaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Görme Düzeyi						
	Tamamen görmez n(%)	%10'dan az n(%)	%11-20 arası n(%)	%21-30 arası n(%)	%31-40 arası n(%)	%41-50 arası n(%)	%51'den çok n(%)
Tablet-Kapsül Kullanımını Zor Buluyor mu?							
Evet	8(6,8)	3(4,6)	4(8,7)	2(10,5)	3(16,7)	0(0,00)	1(16,7)
Hayır	109(93,2)	62(95,4)	42(91,3)	17(89,5)	15(83,3)	16(100,0)	5(83,3)
$\chi^2=5,513$; p=0,480							
Şurup Kullanımını Zor Buluyor mu?							
Evet	88(75,2)	54(83,1)	26(56,5)	11(57,9)	7(38,9)	3(18,8)	2(33,3)
Hayır	29(24,8)	11(16,9)	20(43,5)	8(42,1)	11(61,1)	13(81,2)	4(66,7)
$\chi^2=40,221$; p<0,001***							
Krem-Merhem Kullanımını Zor Buluyor mu?							
Evet	16(13,7)	10(15,4)	11(23,9)	2(10,5)	2(11,1)	0(0,0)	1(16,7)
Hayır	101(86,3)	55(84,6)	35(76,1)	17(89,5)	16(88,9)	16(100,0)	5(83,3)
$\chi^2=6,484$; p=0,371							
Damla Kullanımını Zor Buluyor mu?							
Evet	46(39,3)	34(52,3)	19(41,3)	6(31,6)	7(38,9)	0(0,0)	2(33,3)
Hayır	71(60,7)	31(47,7)	27(58,7)	13(68,4)	11(61,1)	16(100,0)	4(66,7)
$\chi^2=15,534$; p=0,016*							
Ağız-Burun Spreyi Kullanımını Zor Buluyor mu?							
Evet	12(10,3)	5(7,7)	2(4,3)	3(15,8)	1(5,6)	0(0,0)	0(0,0)
Hayır	105(89,7)	60(92,3)	44(95,7)	16(84,2)	17(94,4)	16(100,0)	6(100,0)
$\chi^2=5,268$; p=0,510							
Fital Kullanımını Zor Buluyor mu?							
Evet	22(18,8)	12(18,5)	9(19,6)	3(15,8)	5(27,8)	3(18,8)	1(16,7)
Hayır	95(81,2)	53(81,5)	37(80,4)	16(84,2)	13(72,2)	13(81,2)	5(83,3)
$\chi^2=1,063$; p=0,983							
Diğer Formdaki İlaçların Kullanımını Zor Buluyor mu?							
Evet	5(4,3)	3(4,6)	2(4,3)	2(10,5)	1(5,6)	0(0,0)	0(0,0)
Hayır	112(95,7)	62(95,4)	44(95,7)	17(89,5)	17(94,4)	16(100,0)	6(100,0)
$\chi^2=2,690$; p=0,847							
* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001							

Tablet-kapsül formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Şurup formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0,001).

Krem formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Damla formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,05$).

Sprey formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Suppozitivar formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Diğer farmasötik formlardaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.79. Yüksek teknoloji sağlık aletleri kullanım durumuna göre şehirler arasında karşılaştırma

Değişken	Şehir						
	Antalya n(%)	Erzurum n(%)	Gaziantep n(%)	İstanbul n(%)	İzmir n(%)	Kayseri n(%)	Samsun n(%)
Konuşan Tansiyon Aleti Kullanımı							
Evet	0(0,0)	5(29,4)	0(0,0)	19(16,7)	8(15,4)	1(4,8)	1(4,2)
Hayır	27(100,0)	12(70,6)	32(100,0)	95(83,3)	44(84,6)	20(95,2)	23(95,8)
$\chi^2=18,475$; $p=0,005^{**}$							
Konuşan Şeker Ölçüm Aleti Kullanımı							
Evet	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(1,8)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Hayır	27(100,0)	17(100,0)	32(100,0)	112(98,2)	52(100,0)	21(100,0)	24(100,0)
$\chi^2=3,056$; $p=0,802$							
Konuşan Ateş Ölçer Kullanımı							
Evet	1(3,7)	0(0,0)	0(0,0)	4(3,5)	4(7,7)	0(0,0)	0(0,0)
Hayır	26(96,3)	17(100,0)	32(100,0)	110(96,5)	48(92,3)	21(100,0)	24(100,0)
$\chi^2=6,678$; $p=0,352$							
Alarmlı İlaç Kutusu Kullanımı							
Evet	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(2,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Hayır	27(100,0)	17(100,0)	32(100,0)	111(97,4)	52(100,0)	21(100,0)	24(100,0)
$\chi^2=4,601$; $p=0,596$							
Diğer Teknolojik İlaçların Kullanımı							
Evet	1(3,7)	1(5,9)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,9)	0(0,0)	0(0,0)
Hayır	26(96,3)	16(94,1)	32(100,0)	114(100,0)	51(98,1)	21(100,0)	24(100,0)
$\chi^2=8,095$; $p=0,231$							
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$							

Konuşan tansiyon aleti kullanımına göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$).

Konuşan şeker ölçüm aleti kullanımına göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir bulunmamıştır ($p>0,05$).

Konuşan ateş ölçer kullanımına göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Alarmlı ilaç kutusu kullanımına göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Diğer teknolojik aletlerin kullanımına göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.80. Yüksek teknolojik sağlık aletleri kullanım durumuna göre bireysel gelir düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Bireysel Gelir Düzeyi			
	Yok n(%)	693 TL ve altı n(%)	693-699 TL arası n(%)	1000-2499 TL arası n(%)
Konuşan Tansiyon Aleti Kullanımı				
Evet	7(7,3)	4(8,3)	9(13,2)	14(18,7)
Hayır	89(92,7)	44(91,7)	59(86,8)	61(81,3)
$\chi^2 = 5,941$; $p = 0,115$				
Konuşan Şeker Ölçüm Aleti Kullanımı				
Evet	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2(2,7)
Hayır	96(100,0)	48(100,0)	68(100,0)	73(97,3)
$\chi^2 = 5,693$; $p = 0,128$				
Konuşan Ateş Ölçer Kullanımı				
Evet	0(0,0)	2(4,2)	2(2,9)	5(6,7)
Hayır	96(100,0)	46(95,8)	66(97,1)	70(93,3)
$\chi^2 = 6,362$; $p = 0,095$				
Alarmlı İlaç Kutuları Kullanımı				
Evet	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3(4,0)
Hayır	96(100,0)	48(100,0)	68(100,0)	72(96,0)
$\chi^2 = 8,570$; $p = 0,036^*$				
Diğer Teknolojik Aletlerin Kullanımı				
Evet	2(2,1)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,3)
Hayır	94(97,9)	48(100,0)	68(100,0)	74(98,7)
$\chi^2 = 2,286$; $p = 0,515$				
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$				

Konuşan tansiyon aleti kullanımına göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Konuşan şeker ölçüm aleti kullanımına göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Konuşan ateş ölçer aleti kullanımına göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Alarmlı ilaç kutuları kullanımına göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

Diğer teknolojik aletlerin kullanımına göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.81. Yüksek teknolojik sağlık aletleri kullanım durumuna göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Görme Düzeyi						
	Tamamen görmez	%10'dan az	%11-20 arası	%21-30 arası	%31-40 arası	%41-50 arası	%51'den çok
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Konuşan Tansiyon Aleti Kullanımı							
Evet	15(12,8)	9(13,8)	5(10,9)	3(15,8)	2(11,1)	0(0,0)	0(0,0)
Hayır	102(87,2)	56(86,2)	41(89,1)	16(84,2)	16(88,9)	16(100,0)	6(100,0)
$\chi^2=3,646$; $p=0,724$							
Konuşan Şeker Ölçüm Aleti Kullanımı							
Evet	1(0,9)	0(0,0)	1(2,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Hayır	116(99,1)	65(100,0)	45(97,8)	19(100,0)	18(100,0)	16(100,0)	6(100,0)
$\chi^2=2,363$; $p=0,884$							
Konuşan Ateş Ölçer Kullanımı							
Evet	5(4,3)	2(3,1)	2(4,3)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Hayır	112(95,7)	63(96,9)	44(95,7)	19(100,0)	18(100,0)	16(100,0)	6(100,0)
$\chi^2=2,632$; $p=0,853$							
Alarmlı İlaç Kutuları Kullanımı							
Evet	3(2,6)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)
Hayır	114(97,4)	65(100,0)	46(100,0)	19(100,0)	18(100,0)	16(100,0)	6(100,0)
$\chi^2=4,405$; $p=0,622$							
Diğer Teknolojik Aletlerin Kullanımı							
Evet	0(0,0)	1(1,5)	0(0,0)	1(5,3)	1(5,6)	0(0,0)	0(0,0)
Hayır	117(100,0)	64(98,5)	46(100,0)	18(94,7)	17(94,4)	16(100,0)	6(100,0)
$\chi^2=8,915$; $p=0,178$							
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$							

Konuşan tansiyon aleti kullanımına göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Konuşan şeker ölçüm aleti kullanımına göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Konuşan ateş ölçer aleti kullanımına göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Alarmlı ilaç kutuları kullanımına göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Diğer teknolojik aletlerin kullanımına göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3.82. İlaçla ilgili bilgilere ulaşım kaynağı tercihinin göre şehirler arasında karşılaştırma

Değişken	Şehir						
	Antalya n(%)	Erzurum n(%)	Gaziantep n(%)	İstanbul n(%)	İzmir n(%)	Kayseri n(%)	Samsun n(%)
Sabit Telefon/Cep Telefonu Tercih Durumu							
Evet	21(77,8)	13(76,5)	21(65,6)	64(56,1)	29(55,8)	16(76,2)	20(83,3)
Hayır	6(22,2)	4(23,5)	11(34,4)	50(43,9)	23(44,2)	5(23,8)	4(16,7)
$\chi^2 = 13,259$; $p = 0,039^*$							
Sesli Web Sitesi Tercih Durumu							
Evet	4(14,8)	3(17,6)	11(34,4)	42(36,8)	20(38,5)	3(14,3)	9(37,5)
Hayır	23(85,2)	14(82,4)	21(65,6)	72(63,2)	32(61,5)	18(85,7)	15(62,5)
$\chi^2 = 10,934$; $p = 0,090$							
CD/Taşınabilir Ses Kaydı Tercih Durumu							
Evet	1(3,7)	0(0,0)	9(28,1)	12(10,5)	4(7,7)	1(4,8)	2(8,3)
Hayır	26(96,3)	17(100,0)	23(71,9)	102(89,5)	48(92,3)	20(95,2)	22(91,7)
$\chi^2 = 15,667$; $p = 0,016^*$							
Kabartma Yazı Çıktı Tercih Durumu							
Evet	9(33,3)	3(17,6)	12(37,5)	36(31,6)	26(50,0)	3(14,3)	3(12,5)
Hayır	18(66,7)	14(82,4)	20(62,5)	78(68,4)	26(50,0)	18(85,7)	21(87,5)
$\chi^2 = 17,034$; $p = 0,009^{**}$							
Büyük Yazılı Çıktı Tercih Durumu							
Evet	5(18,5)	3(17,6)	6(18,8)	17(14,9)	3(5,8)	4(19,0)	3(12,5)
Hayır	22(81,5)	14(82,4)	26(81,2)	97(85,1)	49(94,2)	17(81,0)	21(87,5)
$\chi^2 = 4,641$; $p = 0,591$							

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için sabit/cep telefonu tercih durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için sesli web sitesi tercih durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için CD vb. taşınabilir ses kaydı tercih durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için kabartma yazı çıktı tercih durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için büyük yazılı çıktı tercih durumuna göre şehirler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.83. İlaçla ilgili bilgilere ulaşım kaynağı tercihinin cinsiyetler arasında karşılaştırma

Değişken	Cinsiyet	
	Erkek n(%)	Kadın n(%)
Sabit Telefon/Cep Telefonu Tercih Durumu		
Evet	147(67,4)	37(53,6)
Hayır	71(32,6)	32(46,4)
$\chi^2 = 3,764$; $p = 0,052$		
Sesli Web Sitesi Tercih Durumu		
Evet	67(30,7)	25(36,2)
Hayır	151(69,3)	44(63,8)
$\chi^2 = 0,497$; $p = 0,481$		
CD/Taşınabilir Ses Kaydı Tercih Durumu		
Evet	18(8,3)	11(15,9)
Hayır	200(91,7)	58(84,1)
$\chi^2 = 2,614$; $p = 0,106$		
Kabartma Yazı Çıktı Tercih Durumu		
Evet	74(33,9)	18(26,1)
Hayır	144(66,1)	51(73,9)
$\chi^2 = 1,147$; $p = 0,284$		
Büyük Yazılı Çıktı Tercih Durumu		
Evet	31(14,2)	10(14,5)
Hayır	187(85,8)	59(85,5)
$\chi^2 = 0,003$; $p = 0,955$		
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$		

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için sabit/cep telefonu tercih durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için sesli web sitesi tercih durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için CD vb. taşınabilir ses kaydı tercih durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için kabartma yazı çıktı tercih durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için büyük yazılı çıktı tercih durumuna göre cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.84. İlaçla ilgili bilgilere ulaşım kaynağı tercihinin göre yaş grupları arasında karşılaştırma

Değişken	Yaş				
	18-25 arası n(%)	26-35 arası n(%)	36-45 arası n(%)	46-55 arası n(%)	56 ve üstü n(%)
Sabit Telefon/Cep Telefonu Tercih Durumu					
Evet	31(47,0)	56(60,9)	41(66,1)	33(78,6)	23(92,0)
Hayır	35(53,0)	36(39,1)	21(33,9)	9(21,4)	2(8,0)
$\chi^2 = 21,226$; $p < 0,001$ ***					
Sesli Web Sitesi Tercih Durumu					
Evet	31(47,0)	30(32,6)	19(30,6)	11(26,2)	1(4,0)
Hayır	35(53,0)	62(67,4)	43(69,4)	31(73,8)	24(96,0)
$\chi^2 = 16,508$; $p = 0,002$ **					
CD/Taşınabilir Ses Kaydı Tercih Durumu					
Evet	10(15,2)	13(14,1)	4(6,5)	0(0,0)	2(8,0)
Hayır	56(84,8)	79(85,9)	58(93,5)	42(100,0)	23(92,0)
$\chi^2 = 9,246$; $p = 0,055$					
Kabartma Yazı Çıktı Tercih Durumu					
Evet	23(34,8)	37(40,2)	15(24,2)	12(28,6)	5(20,0)
Hayır	43(65,2)	55(59,8)	47(75,8)	30(71,4)	20(80,0)
$\chi^2 = 6,712$; $p = 0,152$					
Büyük Yazılı Çıktı Tercih Durumu					
Evet	11(16,7)	6(6,5)	13(21,0)	6(14,3)	5(20,0)
Hayır	55(83,3)	86(93,5)	49(79,0)	36(85,7)	20(80,0)
$\chi^2 = 7,762$; $p = 0,101$					

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için sabit/cep telefonu tercih durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,001$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için sesli web sitesi tercih durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için CD vb. taşınabilir ses kaydı tercih durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için kabartma yazı çıktı tercih durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için büyük yazılı çıktı tercih durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.85. İlaçla ilgili bilgilere ulaşım kaynağı tercihinin göre eğitim düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Eğitim Düzeyi				
	Formel eğitim yok n(%)	İlkokul mezunu n(%)	Ortaokul mezunu n(%)	Lise Mezunlu n(%)	Üniversite/ lis.üstü mez. n(%)
Sabit Telefon/Cep Telefonu Tercih Durumu					
Evet	8(72,7)	44(80,0)	31(66,0)	69(60,5)	32(53,3)
Hayır	3(27,3)	11(20,0)	16(34,0)	45(39,5)	28(46,7)
$\chi^2 = 10,125$; $p = 0,038^*$					
Sesli Web Sitesi Tercih Durumu					
Evet	1(9,1)	7(12,7)	18(38,3)	41(36,0)	25(41,7)
Hayır	10(90,9)	48(87,3)	29(61,7)	73(64,0)	35(58,3)
$\chi^2 = 16,283$; $p = 0,003^{**}$					
CD/Taşınabilir Ses Kaydı Tercih Durumu					
Evet	2(18,2)	2(3,6)	7(14,9)	13(11,4)	5(8,3)
Hayır	9(81,8)	53(96,4)	40(85,1)	101(88,6)	55(91,7)
$\chi^2 = 4,929$; $p = 0,295$					
Kabartma Yazı Çıktı Tercih Durumu					
Evet	1(9,1)	13(23,6)	11(23,4)	38(33,3)	29(48,3)
Hayır	10(90,9)	42(76,4)	36(76,6)	76(66,7)	31(51,7)
$\chi^2 = 13,453$; $p = 0,009^{**}$					
Büyük Yazılı Çıktı Tercih Durumu					
Evet	1(9,1)	9(16,4)	8(17,0)	18(15,8)	5(8,3)
Hayır	10(90,9)	46(83,6)	39(83,0)	96(84,2)	55(91,7)
$\chi^2 = 2,670$; $p = 0,614$					
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$					

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için sabit/cep telefonu tercih durumuna göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için sesli web sitesi tercih durumuna göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark ($p < 0,01$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için CD vb. taşınabilir ses kaydı tercih durumuna göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için kabartma yazı çıktı tercih durumuna göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için büyük yazılı çıktı tercih durumuna göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.86. İlaçla ilgili bilgilere ulaşım kaynağı tercihinin göre çalışma durumları arasında karşılaştırma

Değişken	Çalışma Durumu			
	Çalışmıyor n(%)	Öğrenci n(%)	Emekli n(%)	Çalışıyor n(%)
Sabit Telefon/Cep Telefonu Tercih Durumu				
Evet	39(54,9)	11(52,4)	43(87,8)	91(62,3)
Hayır	32(45,1)	10(47,6)	6(12,2)	55(37,7)
$\chi^2 = 15,964$; $p = 0,001^{***}$				
Sesli Web Sitesi Tercih Durumu				
Evet	23(32,4)	11(52,4)	9(18,4)	49(33,6)
Hayır	48(67,6)	10(47,6)	40(81,6)	97(66,4)
$\chi^2 = 8,354$; $p = 0,039^*$				
CD/Taşınabilir Ses Kaydı Tercih Durumu				
Evet	11(15,5)	5(23,8)	1(2,0)	12(8,2)
Hayır	60(84,5)	16(76,2)	48(98,0)	134(91,8)
$\chi^2 = 10,691$; $p = 0,014^*$				
Kabartma Yazı Çıktı Tercih Durumu				
Evet	25(35,2)	9(42,9)	10(20,4)	48(32,9)
Hayır	46(64,8)	12(57,1)	39(79,6)	98(67,1)
$\chi^2 = 4,547$; $p = 0,208$				
Büyük Yazılı Çıktı Tercih Durumu				
Evet	14(19,7)	1(4,8)	8(16,3)	18(12,3)
Hayır	57(80,3)	20(95,2)	41(83,7)	128(87,7)
$\chi^2 = 3,890$; $p = 0,274$				
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$				

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için sabit/cep telefonu tercih durumuna göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için sesli web sitesi tercih durumuna göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için CD vb. taşınabilir ses kaydı tercih durumuna göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için kabartma yazı çıktı tercih durumuna göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için büyük yazılı çıktı tercih durumuna göre çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.87. İlaçla ilgili bilgilere ulaşım kaynağı tercihinin bireysel gelir düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Bireysel Gelir Düzeyi			
	Yok	693 TL ve altı	693-699 TL arası	1000-2499 TL arası
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Sabit Telefon/Cep Telefonu Tercih Durumu				
Evet	54(56,2)	36(75,0)	53(77,9)	41(54,7)
Hayır	42(43,8)	12(25,0)	15(22,1)	34(45,3)
$\chi^2 = 13,612$; $p = 0,003^{**}$				
Sesli Web Sitesi Tercih Durumu				
Evet	36(37,5)	9(18,8)	18(26,5)	29(38,7)
Hayır	60(62,5)	39(81,2)	50(73,5)	46(61,3)
$\chi^2 = 7,687$; $p = 0,053$				
CD/Taşınabilir Ses Kaydı Tercih Durumu				
Evet	15(15,6)	5(10,4)	3(4,4)	6(8,0)
Hayır	81(84,4)	43(89,6)	65(95,6)	69(92,0)
$\chi^2 = 6,018$; $p = 0,111$				
Kabartma Yazı Çıktı Tercih Durumu				
Evet	31(32,3)	11(22,9)	16(23,5)	34(45,3)
Hayır	65(67,7)	37(77,1)	52(76,5)	41(54,7)
$\chi^2 = 10,184$; $p = 0,017^*$				
Büyük Yazılı Çıktı Tercih Durumu				
Evet	16(16,7)	8(16,7)	12(17,6)	5(6,7)
Hayır	80(83,3)	40(83,3)	56(82,4)	70(93,3)
$\chi^2 = 4,850$; $p = 0,183$				
* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$				

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için sabit/cep telefonu tercih durumuna göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,01$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için sesli web sitesi tercih durumuna göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için CD vb. taşınabilir ses kaydı tercih durumuna göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için kabartma yazı çıktı tercih durumuna göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p < 0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için büyük yazılı çıktı tercih durumuna göre bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Çizelge 3.88. İlaçla ilgili bilgilere ulaşım kaynağı tercihinin göre görme düzeyleri arasında karşılaştırma

Değişken	Görme Düzeyi						
	Tamamen görmez	%10'dan az	%11-20 arası	%21-30 arası	%31-40 arası	%41-50 arası	%51'den çok
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Sabit Telefon/Cep Telefonu Tercih Durumu							
Evet	76(65,0)	42(64,6)	22(47,8)	16(84,2)	11(61,1)	13(81,2)	4(66,7)
Hayır	41(35,0)	23(35,4)	24(52,2)	3(15,8)	7(38,9)	3(18,8)	2(33,3)
$\chi^2=10,812$; $p=0,094$							
Sesli Web Sitesi Tercih Durumu							
Evet	35(29,9)	22(33,8)	20(43,5)	6(31,6)	6(33,3)	2(12,5)	1(16,7)
Hayır	82(70,1)	43(66,2)	26(56,5)	13(68,4)	12(66,7)	14(87,5)	5(83,3)
$\chi^2=6,575$; $p=0,362$							
CD/Taşınabilir Ses Kaydı Tercih Durumu							
Evet	11(9,4)	8(12,3)	5(10,9)	0(0,0)	3(16,7)	1(6,2)	1(16,7)
Hayır	106(90,6)	57(87,7)	41(89,1)	19(100,0)	15(83,3)	15(93,8)	5(83,3)
$\chi^2=3,976$; $p=0,680$							
Kabartma Yazı Çıktı Tercih Durumu							
Evet	48(41,0)	26(40,0)	12(26,1)	5(26,3)	0(0,0)	1(6,2)	0(0,0)
Hayır	69(59,0)	39(60,0)	34(73,9)	14(73,7)	18(100,0)	15(93,8)	6(100,0)
$\chi^2=23,461$; $p=0,001^{***}$							
Büyük Yazılı Çıktı Tercih Durumu							
Evet	3(2,6)	0(0,0)	4(8,7)	6(31,6)	8(44,4)	14(87,5)	6(100,0)
Hayır	114(97,4)	65(100,0)	42(91,3)	13(68,4)	10(55,6)	2(12,5)	0(0,0)
$\chi^2=149,188$; $p<0,001^{***}$							

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için sabit/cep telefonu tercih durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için sesli web sitesi tercih durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için CD vb. taşınabilir ses kaydı tercih durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için kabartma yazı çıktı tercih durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,01$).

İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için büyük yazılı çıktı tercih durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0,001$).

Mayıs 2010 itibariyle Kayseri’de faaliyet gösteren iki eczane ve bir ecza deposunun stoklarında yer alan ilaç kutularında yapılan inceleme sonucunda ambalaj üzeri Braille yazılı toplam 166 farklı ilaç tespit edilmiştir. İlaç ismi, kutu üzerindeki Braille yazısı, kutu üzerindeki Braille yüzeyi, farmasötik formu, farmakolojik grubu ve firma adının yer aldığı liste Ek 2’de yer almaktadır. Bu ilaçlardan 100’ü yabancı (% 60), 66’sı ise yerli ilaç (% 40) firmalarına aittir.

Çizelge 3.89. Piyasada kabartma yazılı ilaçları bulunan ilaç firmaları ve kabartma yazılı ürün sayıları

İlaç Firmaları	n	%
Abbott	5	3,0
Adeka	4	2,4
Akur	2	1,2
Alcon	18	10,8
Astellas	2	1,2
CB	7	4,2
Cephalon	1	0,6
Cusi	1	0,6
Deva	5	3,0
Drogsan	2	1,2
Eczacıbaşı	1	0,6
EGIS	2	1,2
Fako	25	15,1
Fournier	1	0,6
Liba	9	5,4
Lilly	9	5,4
MEDA	1	0,6
Nobel	27	16,3
Pfizer	40	24,1
Sanofi Aventis	1	0,6
Sanovel	1	0,6
Schwarz Pharma	1	0,6
Terra	1	0,6
Toplam	166	100

2010 yılında piyasada bulunan kabartma yazılı ilaçların % 24,1’i Pfizer, % 16,3’ü Nobel, % 15,1’i Fako, % 10,8’i Alcon ve % 33,7’si diğer ilaç firmaları tarafından üretilmektedir.

Çizelge 3.90. Piyasada bulunan üzeri kabartma yazılı ilaçların farmasötik şekillerine göre dağılımı

Farmasötik Şekli	n	%
Damla	22	13,3
Flakon	6	3,6
Jel	3	1,8
Kapsül	29	17,5
Komprime	2	1,2
Krem	2	1,2
Pomat	7	4,2
Saşe	1	0,6
Sprey	1	0,6
Süspansiyon	17	10,2
Şurup	4	2,4
Tablet	72	43,4

Piyasada bulunan üzeri kabartma yazılı ilaçların % 43,4'ü tablet, % 17,5'i kapsül, % 13,3'ü damla, % 10,2'si süspansiyon ve % 15,6'sını diğer farmasötik şekillerdeki ilaçlar oluşturmaktadır.

Çizelge 3.91. Piyasada bulunan üzeri kabartma yazılı ilaçların kutu üzerinde Braille yazılı yüzeye²⁸ göre dağılımı

Braille Yazılı Yüzey	n	%
a yüzü	118	71,0
a-b yüzü	24	14,4
b yüzü	1	0,6
c yüzü	17	10,2
c-d yüzü	2	1,2
e yüzü	3	1,8
f yüzü	1	0,6

Kabartma yazılı ilaç kutularının % 71'inin a yüzünde, % 14,4'ünün a-b yüzünde, % 10,2'sinin c yüzünde ve % 4,2'sinin diğer yüzlerinde kabartma yazı bulunmaktadır.

²⁸ a: ön yüz, b: arka yüz, c: yan yüz (sağ), d: yan yüz (sol), e: alt yüz, f: üst yüzü temsil etmektedir.

Çizelge 3.92. Piyasada bulunan üzeri kabartma yazılı ilaçların farmakolojik gruplarına göre dağılımı

Farmakolojik Grup	n	%
Akne tedavisinde kullanılan ilaçlar	2	1,2
Alzheimer ilaçları	2	1,2
Analjezik-antienflamatuar ve antiromatizmal ilaçlar	13	7,8
Anksiyolitikler-sedatifler ve hipnotikler	2	1,2
Antibakteriyel ilaçlar	41	24,7
Antidepresanlar	14	8,4
Antiepileptik ve antikonvülzanlar	5	3,0
Antifungal ilaçlar	4	2,4
Antihemorajikler	1	0,6
Antihipertansifler	11	6,6
Antihistaminik ilaçlar	4	2,4
Antiinfektif ilaçlar	2	1,2
Antipsikotik ilaçlar	7	4,2
Antitrombotik ilaçlar	1	0,6
Genito-üriner hastalıklarda kullanılan ilaçlar	4	2,4
İmmünoşüpresif ilaçlar	2	1,2
Kalp tedavisi ilaçları	3	1,8
Nazal ilaçlar	1	0,6
Obstrüktif akciğer hastalığında kullanılan ilaçlar	3	1,8
Oftalmik ilaçlar	27	16,3
Psikostimulan ve nootropik ilaçlar	4	2,4
Serum lipid düşürücü ilaçlar	6	3,6
Sindirim sistemi ve metabolizma ilaçları	1	0,6
Ülser tedavisinde kullanılan ilaçlar	6	3,6

Kabartma yazılı ilaçların % 24,7'sini antibakteriyel ilaçlar, % 16,3'ünü oftalmik ilaçlar, % 8,4'ünü antidepresanlar, % 7,8'ini analjezik-antienflamatuar ve antiromatizmal ilaçlar, % 6,6'sını hipertansifler ve % 36,2'sini diğer farmakolojik gruplardaki ilaçlar oluşturmaktadır.

4. TARTIŞMA

Türkiye'nin yedi coğrafi bölgesinden basit rasgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş yedi şehirdeki (Antalya, Erzurum, Gaziantep, İstanbul, İzmir, Kayseri, Samsun) görme engelli dernek üyeleri arasından tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilmiş 287 görme engelliyle yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlara göre;

1. Araştırmaya katılanların % 22,6'sı en az bir kronik rahatsızlığa sahiptir (Çizelge 3.7). Kronik rahatsızlığı olanların % 43'ü tansiyon, % 23,1'i astım, % 7,7'si kalp, % 3,1'i diyabet hastasıyken % 23,1'i başka bir kronik rahatsızlığa sahiptir. İEİS'nin yaptırdığı "İlaç Kullanımında Demografik Özellikler" araştırmasına göre Türkiye'de kronik bir rahatsızlığı nedeniyle sürekli ilaç kullanan kişilerin oranı % 9,9'dur ve Türkiye genelinde en fazla görülen ilk beş kronik rahatsızlık tansiyon (% 28,4), diyabet (% 15,0), kalp hastalığı (% 9,8), romatizma (% 6,8) ve astımdır (% 5,5) (İEİS, 2010). Bu durum görme engelliler arasında kronik rahatsızlık görülme sıklığının görenlere kıyasla daha yüksek olmakla birlikte en çok görülen kronik rahatsızlık türlerinin benzer olduğunu göstermektedir. Görme engellilerin sahip oldukları kronik rahatsızlıkların görenlere göre daha yüksek oluşunun nedenleri arasında görme engelliliğin diyabetik retinopati, glokom, vb. bazı kronik rahatsızlıkların sonucu olarak gelişmesi ve görme engellilerin koruyucu tedavi hizmetlerinden yeterince yararlanamayışı ihtimalleri akla gelmektedir.
2. Araştırmaya katılanların en sık kullandığı ilaç grubu (% 70) ağrı kesicilerdir ve bu grubu antibiyotikler (% 26,8), göz ilaçları (% 18,8), depresyon ilaçları (% 12,2), kas gevşeticiler (% 11,8) ve ateş düşürücüler (% 11,1) izlemektedir (Çizelge 3.13). Ankara Üniversitesi öğrencileriyle yapılan bir ankette katılımcıların doktora başvurmadan kendi kendilerine kullandıkları ilaçlar arasında % 63'ünü ağrı kesicilerin, % 12,5'ini soğuk algınlığı ilaçlarının, % 4,5'ini antibiyotiklerin ve % 0,5'ini sakinleştirici ilaçların (Özçelikay ve ark., 1995); Ankara Sosyal Sigortalar Kurumu Etlik Eğitim Hastanesi'ne başvuran hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların kullandıkları ilaçlar arasında %

54'ünü ağrı kesicilerin, % 8'ini antibiyotiklerin, % 5'ini soğuk algınlığı ilaçlarının, % 4'ünü vitaminlerin ve % 4'ünü öksürük ilaçlarının oluşturduğu tespit edilmiştir (Özçelikay, 2001). Ayrıca Türk Eczacıları Birliği tarafından yürütülen “Türkiye’de Erişkinlerin Ağrı Sıklığı ve Baş Etme Yöntemleri” konulu araştırmada ağrı yakınması ile karşı karşıya olanların % 73'ünün ağrı kesici kullandığı tespit edilmiştir (Hamzaoglu ve ark., 2006). En sık kullanılan ilaç grubunun ağrı kesiciler olması durumu görme engelliler için de geçerlidir ve bunun nedenleri arasında bu gruptaki ilaçlara ulaşmanın kolaylığı, ağrı kesicilerin daha az yan etkili olduğu düşüncesi ve evlerde daha sık bulundurulma potansiyeli olduğu tahmin edilmektedir.

3. Araştırmada tespit edilen antibiyotik kullanım oranı (% 26,8) benzer araştırmaların üzerindedir. Nitekim bu oranı Akan (2006) % 18,1; Arslan ve ark. (2000) % 2,8; İEİS (2010) % 16,2; Özçelikay ve ark. (1995) % 4,5 ve Uskun ve ark. (2004) % 11,5 olarak vermiştir. Görme engellilerin görenlere göre daha çok ve gereksiz antibiyotik kullanma eğiliminde olduklarını gösteren bu durum, görme engellilerin akılcı antibiyotik kullanımı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarına işaret etmektedir.
4. Araştırmaya katılanların % 22,3'ü bir sağlık personelinin tavsiyesi olmadan kendi başına ilaç kullanmaktadır (Çizelge 3.14). Ankara Üniversitesi öğrencileriyle yapılan bir ankette katılımcıların % 90,2'sinin (Özçelikay ve ark., 1995), Ankara Sosyal Sigortalar Kurumu Etlik Eğitim Hastanesi'ne başvuran hastalar üzerinde yapılan bir araştırmada ise % 75,5'inin doktora ya da diğer sağlık personeline danışmadan ilaç kullandığı tespit edilmiştir (Özçelikay, 2001). Buna göre görme engellilerin kendi kendilerine ilaç kullanımı konusunda görenlerden daha bilinçli olduğu düşünülebilir.
5. Araştırmaya katılanların % 72,1'i kullandığı ilacın son kullanma tarihini takip etmekte, takip edenlerin büyük bir çoğunluğu da son kullanma tarihini bir başkasına sormakta (% 56,4) ya da hafızasında tutmaktadır (% 12,2) (Çizelge 3.17). Gazi Üniversitesi Hastanesi'nde yapılan bir araştırmada (Özkan ve ark., 2005) katılımcıların % 71,7'sinin; İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası'nın yaptığı araştırmada (İEİS, 2010) ise % 84,7'sinin evdeki ilaçların son kullanma tarihini genelde ya da her zaman kontrol ettiği bilgisi dikkate alın-

dığında bu oran önceki araştırmalarda elde edilen sonuçlarla uyumludur. Bununla birlikte araştırmaya katılanların % 27,9'u ilaçlarının son kullanma tarihini takip etmemektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanım nedenleri arasında en ön sıralarda yer alan ve ciddi yan etkilere neden olabilen son kullanma tarihi geçmiş ilaçların kullanım riski bu grup için oldukça yüksektir (AFB, 2008; Little, 2006; Nascimento ve Marques, 2009; Riewpaiboon, 2009). Araştırmaya katılan ve kabartma yazı okuyabilen görme engellilerin % 92,4'ü ilaç ambalajı üzerinde son kullanma tarihinin de kabartma yazıyla yazılmasını istemiştir (Çizelge 3.19). Avrupa Komisyonu Beşeri Tıbbi Ürünlerin Etiket ve Ambalaj İçeriğinin Okunabilirliğine İlişkin Kılavuz'a (2009) göre bu uygulama bir zorunluluk olmamakla birlikte tavsiye edilmektedir.

6. Araştırmaya katılanların % 59,9'u kabartma yazı okuyabilmektedir (Çizelge 3.18). Bu oran Riewpaiboon'un (2009) 86 görme engelli üzerinde yaptığı araştırmada % 75, Nascimento ve Marques'in (2009) 30 görme engelliyle yaptığı araştırmada % 36,6, Grills ve MacDonald'ın (1997) 72 görme engelliyle yaptığı araştırmada % 12 bulunmuştur. Kabartma yazı okuryazarlık oranlarının coğrafya, kültür, yaş ve eğitim durumlarına göre değiştiği tahmin edilmekle birlikte bu araştırmadan elde edilen sonuç, diğer araştırmaların ortalamasından yüksektir. Bu durum görme engelli derneklerine gelen kişiler arasında kabartma yazı kullanımının yüksek olduğunu göstermektedir. Örneklem grubunda sadece görme engelli derneklerine üye olan kişilerin alınmış olması, 56 ve üstü yaştakilerin toplam içinde sadece % 8,7'yi temsil ediyor olması nedenleriyle bu oran Türkiye için genelleştirilmemelidir.
7. Araştırmaya katılanlar arasında kabartma yazıyı okuyabilenlerin % 98,3'ü ilaç adının ambalaj üzerinde kabartma yazıyla yazılmasını istemiştir (Çizelge 3.19). Bunu takip eden en yüksek iki talep ilacın son kullanma tarihi (% 92,4) ve etkisidir (% 89,5). Ancak ilaç ambalajı üzerinde kabartma yazı kullanımının önünde bazı engeller bulunmaktadır. Bunların arasında ambalaj üzerinde kabartma yazı için kısıtlı yer olması (Steeman, 2009), ilaç firmalarının ambalaj üzerinde fiyat değiştirecek yeniliklere mesafeli duruşu (Kenagy ve Stein, 2001), Braille'in uygun standartlarda basılmaması ve ambalaj üzerindeki Braille yazının 3 boyutlu kontrol imkânının kısıtlı olması (Klein, 2006) sayı-

- labilir. Araştırmada kabartma yazılı doz hatırlatma kutusu kullanım oranı sadece % 1,2'dir ve Grills ve MacDonald'ın (1997) araştırmasından elde edilen sonucun (% 12,5) çok altındadır. Bunun nedeninin, bu kutuların Türkiye'de üretilmemesi ve eczanelerde bulundurulmaması olduğu düşünülebilir.
8. Araştırmaya katılan görme engelli yetişkinlerin konuşan ilaç kutusu, konuşan ateş ölçer, alarmlı ilaç kutusu gibi yardımcı teknolojik aletleri kullanım oranı oldukça düşüktür (Çizelge 3.22). Bu durumun dört nedeni olabileceği düşünülmektedir: İlki tamamı yurtdışında üretilen bu ürünlerin Türkiye'de satışını yapan firmalar tarafından Türk piyasasına sunulmamış veya yeterince tanıtılmamış olması (Ertürk, 2003); yurtdışından getirilen konuşan tansiyon aleti, konuşan ateş ölçer vb. ürünlerin sesli uyarıları İngilizce vermeleri nedeniyle Türk kullanıcılar tarafından kullanışlı bulunmaması; teknolojik ürünlerin olası kullanım güçlükleri ve teknik sınırlılıkları (Little, 2006); son olarak bu ürünlerin oldukça pahalı olması (Engelhardt ve ark., 2001). Amerika Birleşik Devletleri'nin kuzeydoğu eyaletlerinde yaşayan 283 görme engelliyle yapılan bir başka çalışmada da konuşan ilaç kutusu ya da sesli reçete sisteminin kullanım oranının % 0,5 bulunması (McMahon ve Curtis, 2009) yukarıda sayılan dört neden arasında üç ve dördüncü nedenlerin gelişmiş ülkeler için de geçerli olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca araştırmada teknolojik ürünlerin kullanımının bölgeler arasında farklılık gösterdiği de anlaşılmıştır. Teknolojik ürünlere ulaşım imkânının çalışmanın yürütüldüğü şehirler içinde özellikle İstanbul ve İzmir'de daha yüksek olmasının (Çizelge 3.79) nedeni ithalatçı firmaların bu şehirlerde bulunması, yüksek nüfus ve ortalama alım gücünün yüksek olması ile açıklanabilir.
9. Araştırmaya katılanların ilaçla ilgili bilgilere erişim için sabit/cep telefonu tercih oranı (% 64,1) alternatifler arasında en yüksek olandır (Çizelge 3.23). Araştırmaya katılanların % 97,2'sinin cep telefonu kullanıyorken, internet kullananların oranının % 65,9; mp3 ve benzeri ses dinleme aletlerini kullananların oranının ise % 28,6 olması da bu tercihin nedenini açıklayabilir (Çizelge 3.4). Raynor ve Yerassimou'nun (1997) yaptığı benzer bir araştırmada, görme engelliler arasındaki telefon kullanım oranının % 75, ses dinleme aletleri kullanım oranının ise % 33 olduğu tespit edilmiştir. Telefon kullanım

oranları arasındaki bu fark 1997 yılında cep telefonu kullanımı yeni yeni yaygınlaşırken 2010 yılında herkes tarafından kullanılır olmasına bağlanabilir. Araştırmaya katılanların % 97,2'sinin sabit/cep telefonu kullandığı halde ilaçlarla ilgili bilgilere erişim için telefonu tercih etme durumunun % 64,1'le sınırlı kalması; telefon giderlerinin fazla olması, hattın meşgul olacağı ya da kolay ulaşılamayacağı, vb. endişelerden kaynaklanmış olabilir.

10. İlaçla ilgili bilgilere erişimde en yüksek ikinci tercih (% 32,1) olan internet (Çizelge 3.23), günümüz teknolojisinin görme engellilere sunduğu bir başka alternatiftir. Araştırmaya katılanların % 65,9'u internet kullanmaktadır (Çizelge 3.4). Benzer bir araştırmada (Chiang ve ark., 2005) elde edilen % 53'ün üzerinde olan bu oran, görme engelliler arasında internet kullanımının yaygın olduğunu göstermektedir. Günümüzde web sitelerinde yer alan html formatındaki tüm bilgilere ekran okuyucu programlar aracılığıyla görme engelli internet kullanıcıları tarafından da ulaşılabilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere, Fransa, Almanya ve Macaristan'da ücretsiz olarak hizmet veren körcül ilaç bilgi web siteleri araştırmanın yapıldığı tarihte Türkiye'de bulunmamaktadır. Araştırmada web sitesi tercih durumuna göre; yaş grupları, eğitim düzeyleri ve çalışma durumları arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuş olması (Çizelge 3.84, Çizelge 3.85 ve Çizelge 3.86) gelecekte uygulanması önerilen bu sistemin özellikle genç ve eğitimli nüfusa hitap edeceğini düşündürmektedir. Ayrıca bu konuyla ilgili hazırlanacak ve ilaçla ilgili en güncel ve güvenilir bilgilerin yer alacağı web sitelerinin İnternette Sağlık Vakfı (HoN Foundation) ilkeleri (güvenilirlik, tamamlayıcılık, gizlilik, atıfta bulunma, doğrulanabilirlik, şeffaflık, finansal bildirim, reklam politikası) ışığında hazırlanmış olması önemlidir (Yeğenoğlu ve Sözen, 2007).
11. İlaçla ilgili bilgilere erişimde kabartma yazılı çıktıları tercih etme oranı % 32,1 bulunmuştur (Çizelge 3.23). Bu oran Riewpaiboon'un (2009) Bangkok'taki 86 görme engelli üzerinde yaptığı araştırmadaki kabartma yazı tercih oranına (% 30,9) çok yakındır. İlaçla ilgili bilgilere erişimde büyük yazılı çıktıları tercih etme oranı ise % 14,3'tür (Çizelge 3.23). Ankete katılanlar arasında görme seviyesi % 10 ve üzerinde olanların toplamının % 36,6 olduğu (Çizelge 3.5) dikkate alındığında büyük yazılı çıktı tercih yüzdesinin daha

yüksek olması beklenirdi. Bu durumun nedeninin büyük yazılı çıktıların hazırlanış ve kullanım açısından diğer seçeneklere göre yeterince pratik ve ekonomik olmayışı olduğu tahmin edilmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan çıkarılan sonuçlar şunlardır:

1. Araştırmaya katılan görme engelli yetişkinlerin % 77,4'ünün herhangi bir kronik rahatsızlığı yokken % 9,8'i tansiyon, % 5,2'si diyabet, % 1,7'si astım, % 0,7'si kalp hastasıdır.
2. Araştırmaya katılanların sağlık ve ilaç hakkında bilgi edinimi % 84,7 hekim, % 57,8 eczacı, % 32,1 akraba, % 20,6 televizyon, % 18,5 internet, % 13,2 hekim ve eczacı dışındaki sağlık personeli ve % 2,8 kabartma yazıyla yazılmış kaynaklar aracılığıyla olmaktadır. Hekim kaynaklı bilgi edinim durumuna göre şehirler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Eczacı kaynaklı bilgi edinim durumuna göre ise şehirler, cinsiyetler, yaş grupları, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, bireysel gelir düzeyleri ve görme düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.
3. Araştırmaya katılanların % 49,5'i hastalık durumunda öncelikle devlet hastanesine gitmeyi tercih etmektedirler. Bunu % 15,3'le sağlık ocağı, % 11,5'le aile hekimi, % 10,5'le üniversite hastanesi ve % 8'le özel hastane izlemektedir. Eczaneye gitmeyi tercih edenlerin oranı ise % 2,1'dir. Hastalık durumunda öncelikle sağlık kurumu (aile hekimi, sağlık ocağı, devlet hastanesi, üniversite hastanesi, özel hastane), özel hekim ya da eczaneye gitme durumlarına göre yapılan karşılaştırmada hem şehirler hem de bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur. Araştırmaya katılanların % 62,4'ü hastane, klinik, eczane, vb. sağlık kuruluşlarını bir başkasının yardımıyla ulaşılabilir, % 30,3'ü kendi başına ulaşılabilir, % 7,3'ü ise ulaşamaz bulmuştur. Sağlık kuruluşlarının fiziksel ulaşılabilirlik durumlarına göre görme düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.
4. Araştırmaya katılanların % 89,2'si ilaçlarını kendi başına veya eşlik eden biriyle eczaneden, % 8'i bir başkası aracılığıyla eczaneden, % 1,4'ü bağlı bulunduğu kurum veya merkez aracılığıyla temin etmektedir. İlaç temin şekline göre (her biri ayrı ayrı olmak üzere) şehirler, cinsiyetler, yaş grupları, eğitim

- düzeyleri, çalışma durumları, bireysel gelir düzeyleri ve görme düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.
5. İlaçlarını kendi başına veya eşlik eden biriyle eczaneden temin edenlerin % 18'i eczacının kendilerine ilacın etkisi ve nasıl kullanılacağı hakkında açıklama yapmadığını belirtmiştir.
 6. İlaçlarını kendi başına veya eşlik eden biriyle eczaneden temin edenlerin % 40,6'sı eczacının kendileriyle kurduğu iletişimi iyi, % 26,6'sı çok iyi, % 25,8'i orta, % 5,9'u kötü ve % 1,2'si çok kötü olarak değerlendirmiştir. Eczacının kurduğu iletişimin değerlendirilmesine göre şehirler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.
 7. Araştırmaya katılanların % 34,5'i eczaneden ilaç dışında başka bir ürün (biberon, bitki çayları/diğer bitkisel ürünler, böcek öldürücüler, diş beyazlatma tozu, diş fırçası, diş macunu, hijyenik ped, ıslak mendil, kişisel temizlik ürünleri, kolonya, kondom, kulak tıkacı, masaj yağı, palet, pamuk, parfüm, sabun, saç bakım ürünleri, şampuan, terlik, vitamin, yara bandı) aldığını belirtmiştir.
 8. Araştırmaya katılanların % 43,9'u araştırmanın yapıldığı dönemde ilaç kullanmaktadır. İlaç kullananların % 27,8'i ilaç adını, % 21,4'ü dozunu, % 0,8'i kullanım sıklığını, % 11,1'i ise ne zamandan beri kullandığını hatırlamamaktadır. İlaç adını hatırlama durumuna göre yaş grupları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. İlaç dozunu hatırlama durumuna göre (her biri ayrı ayrı olmak üzere) cinsiyetler, yaş grupları ve eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.
 9. Araştırmaya katılanların % 62,4'ü ilaç kullanırken bir başkasından yardım almamakta, % 34,8'i sağlık alanında eğitimi olmayan, % 2,8'i ise sağlık alanında eğitimi olan kişilerden yardım almaktadır.
 10. Araştırmaya katılanların en sık kullandığı ilaç grubu (% 70) ağrı kesicilerdir. Bunu % 26,8'le antibiyotik, % 18,8'le göz ilaçları, % 12,2'yle depresyon ilaçları, % 11,8'le kas gevşeticiler ve % 11,1'le ateş düşürücüler izlemektedir. En sık kullanılan ilaç grubunun ağrı kesiciler olması durumuna göre eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.

11. Araştırmaya katılanların % 22,3'ü bir sağlık personelinin tavsiyesi olmadan kendi başına ilaç kullanmaktadır. Kendi kendine ilaç kullanım davranışına göre (her biri ayrı ayrı olmak üzere) şehirler, cinsiyetler, yaş grupları, eğitim düzeyleri, çalışma durumları, bireysel gelir düzeyleri ve görme düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır.
12. Araştırmaya katılanların % 66,6'sı şurup kullanırken, % 39,7'si damla kullanırken, % 19,2'si suppozituar kullanırken, % 14,6'sı krem-merhem kullanırken, % 8'i ağız-burun spreyi kullanırken, % 7,3'ü tablet kullanırken zorluk çekmektedir. Şurup formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Damla formundaki ilaçların kullanımlarının zor bulunması durumuna göre görme düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.
13. Araştırmaya katılanların % 43,2'si şurup ölçek dozunu ayarlarken başka birinden yardım almakta, % 31,7'si şişeyi ağzına götürmekte, % 24,7'si kaşığa dökmekte, % 0,3'ü ise özel bir teknolojik aletten yararlanmaktadır.
14. Araştırmaya katılanların % 41,1'i göz damlası kullanırken bir başkasından yardım almakta, % 19,2'si kendi başına kullanmakta, % 1,4'ü özel bir teknolojik aletten yararlanmakta, % 38,3'ü ise göz damlası kullanmamaktadır.
15. Araştırmaya katılanların % 27,9'u geçmişte kendilerine söylenen ilaç talimatını unutmuş veya karıştırmıştır.
16. Araştırmaya katılanların % 19,2'si geçmişte ilaca bağlı alerjik reaksiyon ya da yan etki yaşamış ve bu konuda başkasına bilgi vermiş, % 5,2'si geçmişte ilaca bağlı alerjik reaksiyon ya da yan etki yaşamış ancak bu konuda başkasına bilgi vermemiş, % 75,6'sı ise geçmişte ilaca bağlı herhangi bir alerjik reaksiyon ya da yan etki yaşamamıştır.
17. Araştırmaya katılanların % 27,9'u kullandığı ilacın son kullanma tarihini takip etmezken, % 56,4'ü bir başkasına sormakta, % 12,2'si (bir defaya mahsus başkasından öğrendikten sonra) hafızasında tutmakta, % 2,1'i kabartma yazıyla not etmekte, % 1,4'ü ise teknolojik bir üründen yararlanmaktadır.
18. Araştırmaya katılanların % 59,9'u kabartma yazı okuyabilmektedir. Kabartma yazı okuyanların % 98,3'ü ilacın isminin, % 92,4'ü son kullanma tarihi-

nin, % 89,5'i etkisinin, % 82,6'sı kullanım dozunun, % 63,2'si etken madde miktarının ve % 39,5'i üretici/ruhsat sahibi firmanın isminin ilaç ambalajı üzerinde kabartma yazıyla yazılmasını talep etmiştir.

19. Kabartma yazı okuyanların sadece % 1,2'si geçmişte üzeri kabartma yazılı doz hatırlatma kutusu (*dosette*) kullanmıştır. Geçmişte ambalaj üzeri kabartma yazılı bir ilaç kullananların oranı ise % 55,2'dir.
20. Araştırmaya katılanların % 75,3'ü ilaçlarını kutu ya da ambalaj şeklinden, % 50,5'i ambalaj üzerindeki kabartma yazıdan, % 27,9'u bir başkasına sorarak, % 10,5'i belli bir sıraya koyarak, % 5,9'u tel zımba-raptiye vb. ile işaretleyerek ve yine % 5,9'u da çok gözlü çekmece, kutu ya da çantalara yerleştirerek ayırt etmektedir.
21. Araştırmaya katılanların % 85,4'ü kullandıkları ilacın doz ve zamanını hafızasında tutmakta, % 11,5'i bu konuda bir başkasından yardım almakta, % 1,4'ü ses kayıt cihazı veya diğer yüksek teknolojikli aletlerden yararlanmakta, % 1'i ise kutu üzerine özel işaretler koymaktadır.
22. Araştırmaya katılanların % 11,8'i konuşan tansiyon aletine, % 0,7'si konuşan şeker ölçüm aletine, % 3,1'i konuşan ateş ölçere ve % 1'i alarmlı ilaç kutusuna sahiptir. Konuşan tansiyon aleti kullanımına göre şehirler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.
23. Araştırmaya katılanların % 64,1'i ilaçla ilgili bilgilere sabit telefon/cep telefonundan, % 32,1'i internette körcül web sitelerinden, % 32,1'i kabartma yazılı çıktılarından, % 14,3'ü büyük yazılı çıktılarından, % 10,1'i ise CD vb. taşınabilir ses kayıtlarından ulaşmayı tercih etmiştir. İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için sabit/cep telefonu tercih durumuna göre; (her biri ayrı ayrı olmak üzere) şehirler, yaş grupları, eğitim düzeyleri, çalışma durumları ve bireysel gelir düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. İlaçla ilgili bilgilere ulaşmak için sesli web sitesi tercih durumuna göre; (her biri ayrı ayrı olmak üzere) yaş grupları, eğitim düzeyleri ve çalışma durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur.
24. Mayıs 2010 itibariyle Kayseri'de faaliyet gösteren iki eczane ve bir ecza deposunun stoklarında yer alan ilaç kutularında yapılan inceleme sonucunda ambalaj üzeri Braille yazılı toplam 166 farklı ilaç ismi tespit edilmiştir. Bu

ilaçlardan 100'ü yabancı (% 60), 66'sı ise yerli ilaç (% 40) firmalarına aittir. Piyasada en yüksek oranda kabartma yazılı ilaçları bulunan firmalar arasında Pfizer (% 24,1), Nobel (% 16,3), Fako (% 15,1) ve Alcon (% 10,8) bulunmaktadır. Bu ilaçların % 43,4'ü tablet, % 17,5'i kapsül, % 13,3'ü damla, % 10,2'si süspansiyon formundadır. İlaçların % 24,7'sini antibakteriyel ilaçlar, % 16,3'ünü oftalmik ilaçlar, % 8,4'ünü antidepresanlar, % 7,8'ini analjezik-antienflamatuar ve antiromatizmal ilaçlar, % 6,6'sını antihipertansifler oluşturmaktadır. Üzeri kabartma yazılı ilaç kutularının % 71'inin a yüzünde, % 14,4'ünün a ve b yüzlerinde, % 10,2'sinin c yüzünde ve % 4,2'sinin diğer yüzlerinde kabartma yazı bulunmaktadır.

Sonuç olarak ülkemizdeki görme engelli yetişkinlerin eczacılık alanındaki ihtiyaçları şu temel başlıklar altında toplanabilir:

- Sağlık ve ilaç konusunda görme engellilere yönelik hazırlanmış güvenilir, kolay ulaşılabilir ve ekonomik bilgi kaynakları,
- Görme engelliler konusunda eğitimli sağlık personeli,
- Sağlık kurum ve kuruluşlarında görme engellilere yönelik uygun fiziksel alt yapı düzenlemeleri,
- Uluslararası standartlara sahip kabartma yazılı ilaç kutuları,
- Görme engellilerin doğru ilaç kullanımına yönelik yüksek teknoloji aletler.

Elde edilen sonuçlar ışığında şu önerilerde bulunulabilir:

1. Görme engelli hastalar da tıpkı gören hastalar gibi ilacın herhangi bir tüketim maddesi olmaktan öte, sağlık açısından büyük önem taşıyan ve ancak doğru şekil, doz ve sıklıkta kullanıldığı zaman fayda sağlayan bir ürün olduğu konusunda daha iyi bilgilendirilmeli ve bu bilgilendirme toplumumuzun sosyo-kültürel özellikleri ve farmakoantropolojik gerçekleri göz önünde bulundurularak tüm sağlık çalışanları, özellikle de eczane eczacıları tarafından yapılmalıdır.
2. Sadece görme engellilerle değil; diğer tüm engel gruplarından (işitme engelliler, ortopedik engelliler, zihinsel engelliler, dil ve konuşma engelliler, vb.) kişilerle de doğru iletişim kurma kabiliyetini kazandırmak için eczacılık fakül-

tesinde okuyan öğrencilere eğitim verilmeli ve bu eğitimin bir benzeri Türk Eczacıları Birliği tarafından Meslek İçi Eğitim Programlarına (MİEP) da dâhil edilerek eczane eczacıları ve teknisyenlerine sunulmalıdır.

3. Eczanelerin fiziksel alt yapısı sadece görme engellilerin değil; diğer engel gruplarının da ulaşımı dikkate alınarak iyileştirilmelidir. Görme engellilik özelinde ise; hastaların eczaneye beyaz baston/kılavuz köpekle girebilir olmaları, eczane giriş-çıkışlarında mümkünse basamağın kullanılmaması, zeminin kaygan olmaması, yürüyüş alanına kırılacak eşyaların konmaması, eczane iç dekorasyonunda yeterli aydınlatma ve renk karışıklığının kullanılmış olması ve eczane dış kapısının hiçbir zaman yarı açık bırakılmaması (hatta mümkünse otomatik açılır olması) önerilir.
4. Eczacılık hizmetlerinin verildiği ortamda görme engelli hastanın kendisi varken refakatçisi muhatap alınmamalıdır.
5. Eczacının görme engelli hastalarla empati yapması ve kurduğu iletişimde özellikle uzun süreli ilaç kullanımında görülecek yan etkiler gibi en önemli bilgileri hastaya aktarması, hastanın bu bilgileri doğru anladığından emin olması, ilaç son kullanma tarihini söylemesi ve her ihtimale karşı hastaya telefon numarasını vermesi önerilir.
6. Birden çok ilaç kullanması gereken görme engelli hastalara ait ilaçların eczacı tarafından hastanın talebine göre farklı şekildedeki kutulara koyulması önerilir.
7. Az gören hastalara reçete, ilaç ve tedavilerine ilişkin diledikleri her türlü bilgi ve eczacıya ulaşabilecekleri bir telefon numarası büyük yazılı çıktıyla (min. 16 punto) verilmelidir. Ayrıca eczanede tüketicilere yönelik hazırlanmış diğer yazı, ilan ve etiketlerin de 16 puntodan büyük yazılı olması tavsiye edilir.
8. İlaç kutuları içerisinde yer alan hasta bilgilendirme formlarında (*patient information leaflet*) kullanılan dilin hastalar tarafından anlaşılır olması ilaç ruhsat başvurularında dikkate alınmalı ve formun toplumun farklı grubunu temsil eden kişiler tarafından anlaşılabilirlik düzeyi istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmelidir. Bu aşamanın tamamlanmasının ardından hasta bilgilendirme formlarında yer alan tüm bu bilgiler ücretsiz bir telefon hattı ve körcül olarak hazırlanmış sesli bir internet sitesi üzerinden ulaşılabilir olmalıdır. İn-

ternet sitesi için Sağlık Bakanlığı'na bağlı www.sesliilacbilgisi.gov.tr, www.ilacbilgisi.gov.tr, www.e-ilac.gov.tr, vb. adresler önerilebilir.

9. Görme engelliler açısından kullanım güçlüğü olan şurup, göz damlası, insülin iğnesi, vb. formlardaki ilaçların görme engelli hastalar tarafından doğru şekil ve ölçülerde tek başlarına kullanılabilmesini sağlayacak teknik araçlar geliştirilmelidir. Şurupların üretici firma tarafından şişe içinde değil; üzeri kolay açılabilir bir folyo ile kaplı, tek kullanımlık ölçek kaşıkları içinde sunulması önerilir.
10. Konuşan ilaç kutusu, alarmlı ilaç kutusu, sesli tansiyon aleti, sesli ateş ölçer aleti, sesli etiketleme aleti, vb. teknolojik aletler Türkiye'de de üretilmeli ve kullanıcılara daha düşük fiyatlarla sunulmalıdır.
11. Türk ilaç piyasasında bulunan ilaç kutularının tamamının üzerinde ilacın adı, farklı dozları, varsa doz miktarı ve uygun alanın bulunması durumunda da son kullanma tarihi kabartma yazıyla yazılmalıdır. Kutu üzerindeki Braille yazılarının yükseklik, genişlik, dayanıklılık ve yazım bilgisi açısından EBU standartlarına uygun olması sağlanmalı ve ilaç ambalajında kullanılan Braille yazıların Braille nokta doğruluğu (*Braille dot accuracy*); BrailleCAM, The Braille Tester Advanced, vb. teknolojik aletlerle kontrol edilip onaylandıktan sonra piyasaya verilmelidir. Eczanede satılan ilaç dışındaki ürünler için de kabartma yazılı etiketler hazırlanmalıdır. Ayrıca üzerinde Türkçe kabartma yazıyla gün ya da öğünlerin yazılı olduğu doz hatırlatma kutularının (*dosette*) eczanelerde bulundurulması önerilir.
12. Türkiye'de körlüğe bağlı sağlık maliyetlerinin farmakoekonomik açıdan daha detaylı incelenmesi önerilir.
13. Benzer araştırmaların diğer özür gruplarına yönelik olarak da yapılması önerilir.

ÖZET

Türkiye’deki Görme Engelli Yetişkinlerin Eczacılık Alanındaki İhtiyaçları Üzerinde Bir Çalışma

Bu araştırma Türkiye’de yaşayan 18 yaş üstü görme engellilerin eczacılık alanındaki ihtiyaçlarını tespit etmeyi amaçlamaktadır. Araştırmanın gerecini Türkiye’nin yedi coğrafi bölge-sinden basit rasgele örnekleme yöntemiyle seçilmiş yedi şehirdeki (Antalya, Erzurum, Gaziantep, İstanbul, İzmir, Kayseri, Samsun) görme engelli dernek üyeleri arasından tabakalı örnekleme yöntemiyle seçilmiş 287 görme engelliyle yüz yüze görüşme tekniğiyle yapılan anketler oluşturmaktadır. Anket soruları katılımcıların sosyodemografik özellikleri, görme engellilik süre ve nedenleri, kronik rahatsızlıkları, ilaç kullanım davranışları, kabartma yazı okuryazarlıkları, telefon/internet erişimi ve ileri teknoloji ürün kullanım durumlarına ilişkin bilgileri konu almaktadır. Veriler SPSS 15.0 İstatistik Paket Programı kullanılarak değerlendirilmiş; araştırma değişkenleri arasındaki karşılaştırmalar ki-kare analiz yöntemiyle yapılmıştır.

Anket verilerine göre katılımcıların % 22,6’sı en az bir kronik rahatsızlığa sahip; % 57,8’i sağlık ve ilaç hakkında bilgileri doğrudan eczacıdan edinmekte; % 89,2’si ilaçlarını kendi başına ya da eşlik eden biriyle birlikte eczaneden almaktadır. İlaçlarını eczaneden alanların % 40,6’sı eczacının kendileriyle kurduğu iletişimi iyi, % 26,6’sı ise çok iyi olarak değerlendirmiştir. Bu değerlendirmeler ile şehirler arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Araştırmaya katılanların en sık kullandığı ilaç grubu (% 70) ağrı kesicilerdir ve ağrı kesici kullanımı ile eğitim düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Katılımcıların % 66,6’sı şurup kullanırken, % 39,7’si ise damla kullanırken zorluk çektiğini ifade etmiştir. Sağlık personelinin tavsiyesi olmadan kendi başına ilaç kullananların oranı % 22,3; kullandığı ilacın son kullanma tarihini takip etmeyenlerin oranı ise % 27,9’dur. Katılımcıların % 64,1’i kullandıkları ilaçla ilgili bilgilere sabit telefon/cep telefonundan, % 32,1’i körcül web sitelerinden, % 32,1’i kabartma yazılı çıktılarından, % 14,3’ü büyük yazılı çıktılarından, % 10,1’i ise CD vb. taşınabilir ses kayıtlarından ulaşmayı tercih etmektedir.

Türkiye’deki görme engelli yetişkinlerin eczacılık alanındaki ihtiyaçlarının sağlık ve ilaç konusunda görme engellilere yönelik hazırlanmış güvenilir, kolay ulaşılabilir ve ekonomik bilgi kaynakları; görme engelliler konusunda eğitilmiş sağlık personeli; sağlık kurum ve kuruluşlarında görme engellilere yönelik uygun fiziksel alt yapı düzenlemeleri; uluslararası standartlara sahip kabartma yazılı ilaç kutuları ve görme engellilerin doğru ilaç kullanımına yönelik yüksek teknoloji aletler olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak bugün Türkiye’deki görme engelli yetişkinlere sunulan eczacılık hizmetleri yetersizdir ve ilaç ambalajı üzerinde kabartma yazı kullanımı görme engellilerin sadece küçük bir kısmının ihtiyacına cevap vermektedir.

Anahtar Kelimeler: Braille alfabesi, eczacılık, görme engelliler, ilaç kullanımı, sağlık bilgi sistemleri

SUMMARY

A Study on Pharmaceutical Needs of Visually Disabled Adults in Turkey

The aim of this research is to identify the pharmaceutical needs of visually disabled individuals over the age of 18 in Turkey. A total of 287 adults who are blind or partially sighted and who are registered with organizations for visually impaired people in seven cities in Turkey (Antalya, Erzurum, Gaziantep, İstanbul, İzmir, Kayseri, Samsun) representing Turkey's seven geographical regions were randomly selected. A questionnaire was developed to cover the following subject areas: socio-demographic characteristics, cause and duration of visual disability, chronic disease involved, medication use, Braille literacy, telephone/Internet access, and use of high-tech devices. Recorded data were analyzed using SPSS 15.0 software and the variables were compared using the Chi-square test.

According to the survey results, 22,6 % of the participants have at least one chronic disease; 57,8 % directly consult pharmacists on health/medicine related issues; and 89,2 % buy their medications directly from community pharmacies either by themselves or with the help of an accompanying person. Among those who purchase their medicines from community pharmacies, 40,6 % assess pharmacist communications as good and 26,6 % as very good. There is a statistically significant relationship between these assessments and the cities in which the participants live. The most commonly used medication, at 70 % of participants, is painkillers and there is also a statistically significant relationship between painkiller use and education levels. In addition, 66,6 % of participants have difficulty using liquid-form medicines, while 39,7 % have trouble using eye drops. 22,3 % of participants use medication without consulting healthcare professionals and 27,9 % do not control the expiration dates of the medicines they use. A total of 64,1 % of the participants prefer to access drug information via telephone; 32,1 % via blind-friendly Web sites; 32,1 % via Braille printouts; 14,3 % via large print documents; and 10,1 % via CD or other voice recordings.

The following are needed for visually disabled adults in Turkey: reliable and economical health/pharmaceutical information resources that are accessible for blind and visually impaired people; specially trained health care professionals; physical accessibility to all health facilities, including community pharmacies; Braille embossing on all pharmaceutical packages; and high-tech devices to assist in the proper use of drugs. We have concluded that pharmaceutical services provided to visually disabled adults today in Turkey are unsatisfactory and that the use of Braille on pharmaceutical packages meets the needs of only a small portion of this group.

Key Words: Braille alphabet, health information systems, medicine use, pharmacy, visually disabled

KAYNAKLAR

- ACAR, A., YEĞENOĞLU, S. (2005). Akılcı ilaç kullanımı penceresinden farmakoeкономи ve hastane formüllerleri. *Ankara Ecz. Fak. Derg.* **34(3)**: 207-218.
- AFB. (2005). Summary of Recommendations for Pharmacists. Erişim: [<http://www.afb.org/Section.asp?SectionID=3&TopicID=329&DocumentID=3981>]. Erişim tarihi: 11.10.2009.
- AFB. (2008). Access to Drug Labels Survey Report. Erişim: [<http://www.afb.org/Section.asp?SectionID=3&TopicID=135&DocumentID=4520>]. Erişim tarihi: 24.01.2010.
- AKAN, H. (2006). Akılcı antibiyotik kullanımı ve Türk Hematoloji Derneği. *ANKEM Derg.* **20(1)**: 65-67.
- AKICI, A., UĞURLU, M.Ü., GÖNÜLLÜ, N., OKTAY, Ş. KALAÇA, S. (2002). Pratisyen hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *STED.* **11(7)**: 253-257.
- ANONİM. (2006). Reading and interpreting by touch. *Close-up.* **1**: 28-29.
- ANONİM. (2010). Gebrauchsinformationen im Internet. *Pharm Ind.* **72(6)**: 956.
- ARSLAN, Ş., ATALAY, A., GÖKÇE-KUTSAL, Y. (2000). Yaşlılarda ilaç tüketimi. *Türk Geriatri Dergisi.* **3(2)**: 56-60.
- ASPEN, P. (2007). *Preventing Medication Errors*. Washington D.C.: National Academies Press.
- AVRUPA KONSEYİ. (2008). *Beşeri İlaçların Ambalaj ve Kullanma Talimatının Okunabilirliğine İlişkin Kılavuz*.
- AYDIN, E. (2004). Rights of patient in developing countries: the case of Turkey. *J Med Ethics.* **30**: 555-557.
- BASTABLE, S.B. (2006). *Essentials of Patient Education*. Sudbury: Jones and Barlett Publishers.
- BAŞ, A.B. (1993). Türkiye’de ve dünyada körlüğün nedenleri ve alınması gereken önlemler. *Özel Eğitim Dergisi.* **1(3)**: 48-51.
- BECKMAN, A.G.K., PARKER, M.G., THORSLUND, M. (2005). Can elderly people take their medicine?. *Pat Educ Couns.* **59**: 186-191.
- BELLINGHAM, C. (2004). Support for people with disabilities. *PJ.* **273**: 646.
- BERGER, B. (2007). *Eczacılar İçin İletişim Becerileri*. Ankara: Türk Eczacıları Birliği Yayınları.
- BERMAN, A. (2004). Reducing medication errors through naming, labeling, and packaging. *J Med Syst.* **28(1)**: 9-29.

- Beşeri, İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Ambalaj ve Etiketleme Yönetmeliği. (1991). Resmi Gazete, sayı 20 851, Tarih: 24 Nisan 1991.
- BEVERLEY, C.A., BATH, P.A., BOOTH, A. (2004). Health information needs of visually impaired people: a systematic review of the literature. *Health and Social Care in the Community*. **12(1)**: 1-24.
- BOSSAN, E. (2007). *Colors 72: Without Colors - Sans Couleurs*. Milano: Grafiche Tintoretto.
- BÖİB. (2006). *Özürlüler Kanunu ve İlgili Mevzuat*. Ankara: Kalemдар Matbaacılık.
- BÖİB. (2008). *Birleşmiş Milletler Özürlü Kişilerin Hakları Sözleşmesi*. Ankara.
- BULLOCK, J.D., GALST, J.M. (2009). The story of Louis Braille. *Arch Ophthalmol*. **127(11)**: 1532-1533.
- CAAMAÑO, F., ÁLVAREZ, R., KHOURY, M. (2008). The community pharmacists and their practice as health care providers. *Gac Sanit*. **22(4)**: 385.
- CARLSON, H., CARLSON, D. (1995). *I Have a Friend Who is Blind*. Madison: Chaney Shannon Press.
- CARVALHO, K.M., MONTEIRO, G.B.M., ISAAC, C.R., SHIROMA, L.O., AMARAL, M.S. (2004). Causes of low vision and use of optical aids in the elderly. *Rev Hosp Clin Fac Med S Paulo*. **59(4)**: 157-160.
- CHIANG, M.F., COLE, R.G., GUPTA, S., KAISER, G.E., STARREN, J.B. (2005). Computer and world wide web accessibility by visually disabled patients: problems and solutions. *Surv Ophthalmol*. **50**: 394-405.
- CLARK, E.C., BOURNE, S. (1999). Practice information on audiotape for visually-impaired patients. *Br J Gen Pract*. **49(438)**: 67-68.
- COATES, E. (1999). Labelling prescriptions for the visually challenged. *Canadian Blind Monitor*. **7**: 23.
- CONNELLY, D. (2002). Disability awareness: what the new rules mean for community pharmacies. *Pharm J*. **269**: 389-390.
- CORLETT, A.J. (1996). Aids to compliance with medication. *BMJ*. **313**: 926-929.
- COX, I. (2002). The patients view: how can we improve patient care?. *Community Eye Health*. **15(41)**: 3-4.
- CRAMER, J.A. (1998). Enhancing patient compliance in the elderly – role of packaging aids and monitoring. *Drugs & Aging*. **12(1)**: 7-15.
- ÇAĞIRCI, S., YEĞENOĞLU, S. (2007). Genel iletişim bilgileri perspektifinden hasta-eczacı iletişimi. *Ankara Ecz. Fak. Derg*. **36(1)**: 31-46.
- ÇOBANOĞLU, N. (2007). *Tıp Etiği*. Ankara: İlke Yayınevi.
- DANDEKAR, S.S., JENKINS, S.A., PETO, T., BIRD, A.C., WEBSTER, A.R. (2006). Does smoking influence the type of age related macular degeneration causing visual impairment?. *Br J Ophthalmol*. **90**: 724-727.

- DANDONA, L., DANDONA, R. (2006). Revision of visual impairment definitions in the international statistical classification of diseases. *BMC Medicine*. **4**: 7.
- DEMİRCİ, M.E. (2005). *Homeros'tan Aşık Veysel'e Tarihte ve Toplum Yaşamında Körler - Bilgelik Mi, Çaresizlik mi?*. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.
- DICKINSON, D., RAYNOR, D.K.T. (2003). Ask the patients – they may want to know more than you think. *BMJ*. **327**: 861-864.
- DIPIRO, J.T. (2003). *Encyclopedia of Clinical Pharmacy*. New York: Marcel Dekker Inc.
- DISABILITY RIGHTS COMMISSION. (2006). *Disability Discrimination Act 1995 – Code of Practice Rights of Access: Services to Public, Public Authority Functions, Private Clubs and Premises*. London: TSO.
- DUCKETT, P.S., PRATT, R. (2001). The researched opinions on research: visually impaired people and visual impairment research. *Disability & Society*. **16(6)**: 815-835.
- DUDLEY, N.J. (1990). Aids for visual impairment. *BMJ*. **301**: 1151-1153.
- EBU. (2009). *EBU Guidelines on Braille Labelling of Medicinal Products*. Paris.
- EBU. (2010). European Blind Union. Erişim: [www.euroblind.org]. Erişim tarihi: 14.05.2010.
- EC. (2005). *Guidance Concerning the Braille Requirements for Labelling and the Package Leaflet – Article 56a of Directive 2001/83/EC as Amended*. Brussels.
- EC. (2009). *Guideline on the Readability of the Labelling and Package Leaflet of Medicinal Products for Human Use*. Revision 1. Brussels.
- ECMA. (2005). *Braille on Folding Cartons*. The Hague: European Carton Makers Association.
- EDPRG. (2004). Causes and prevalence of visual impairment among adults in the United States. *Arch Ophthalmol*. **122**: 477-485.
- ELDRIDGE, P.B. (1978). *Caring for the Disabled Patient*. New Jersey: Medical Economics Company.
- ENÇ, M. (2005). *Görme Özürlüler - Gelişim, Uyum ve Eğitimleri*. Ankara: Gündüz Eğitim ve Yayıncılık.
- ENGELHARDT, J.B., ALLNATT, R., MARIANO, A., GAO, J. (2001). An evaluation of the functionality and acceptability of the voice prescription label. *JVIB*. **95(11)**: 702-706.
- ERTÜRK, E. (2003). *Disability in Turkey*. Thesis for the degree of Master of Arts. İstanbul: Boğaziçi University.
- EUSTACE, C.A., JOHNSON, G.J., GAULT, M.H. (1982). Improvements in drug prescription labels for patients with limited education or vision. *CMAJ*. **127**: 301.
- EUSTACHE, I. (2006). Médicament: Notice en braille ou en caractères agrandis. Erişim: [http://www.e-sante.fr/fr/pop_imprimer.asp?idarticle=9737&idrubrique=42]. Erişim tarihi: 12.10.2009.

- EUSTACHE, I. (2009). Les médicaments s'affichent en braille. Erişim: [http://www.e-sante.fr/fr/pop_imprimer.asp?idarticle=15042&idrubrique=38]. Erişim tarihi: 12.10.2009.
- EVANS, J.R., FLETCHER A.E., WORMALD, R.P.L. (2007). Depression and anxiety in visually impaired older people. *Ophthalmology*. **114**: 283-288.
- FARRELL, G. (1969). *The Story of Blindness*. London: Oxford University Press.
- FIP. (1997). *FIP Statement of Professional Standards Codes of Ethics for Pharmacists*. The Hague.
- FIP. (1998). *FIP Statement of Professional Standards Pharmaceutical Care*. The Hague.
- FORCINIO, H. (2003). What can radio frequency identification do for pharmaceutical packaging?. *Pharmaceutical Technology*. **27(5)**: 34-36.
- FRICK, K.D., GOWER, E.W., KEMPEN, J.H., WOLFF, J.L. (2007). Economic impact of visual impairment and blindness in the United States. *Arch Ophthalmol*. **125**: 544-550.
- GÖKALP, O., MOLLAOĞLU, H. (2003). Uygunsuz ilaç kullanımı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. **10(2)**: 17-20.
- GÖKMEN, F. (2007). Türkiye’de özürlü haklarının gelişimi. *ÖZ-VERİ*. **4(2)**: 1085-1106.
- GRILLS, A., MACDONALD, A. (1997). An assessment of the pharmaceutical needs of the blind and partially sighted in Dumfries and Galloway. *PJ*. **259**: 381-384.
- GÜL, İ.İ. (2008). Bir hak mücadelesi alanı olarak engellilik ve engellilerin haklarına ilişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi. *ÖZ-VERİ*. **5(2)**: 1233-1249.
- HAMZAOĞLU, O., ÖZKAN, O., ERDİNE, S., BALTA, E., DOMAÇ, M. (2006). Prevalence of pain among adults in Turkey. *The Pain Clinic*. **18(2)**: 147-154.
- HARMAN, R.J., MASON, P. (2002). *Handbook of Pharmacy Healthcare: Diseases and Patient Advice*. London: Pharmaceutical Press.
- ISE, Y., ONDA, M., MIURA, Y., SHIMAZAKI, M., KAWADA, K., HAGIWARA, K., KATAYAMA, S., KIKUCHI, A., KAMEI, M., KOBAYASHI, K., SHIRAGAMI, M. (2007). Contributions of pharmacists through the promotion of proper drug use. *Yakugazu Zasshi*. **127(6)**: 1021-1025.
- İEİS. (2010). Ülkemizin İlaç Kullanım Davranışları Belirlendi. Erişim: [<http://www.ieis.org.tr>]. Erişim tarihi: 14.01.2010.
- İSM. (2010). İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu. Erişim: [<http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/ecz/mevzuat/mevzuat.asp>]. Erişim tarihi: 18.01.2010.
- JIMÉNEZ, J., OLEA, J., TORRES, J., ALONSO, I., HARDER, D., FISCHER, K. (2009). Biography of Louis Braille and invention of the Braille alphabet. *Surv Ophthalmol*. **54**: 142-149.
- KALINA, R.E. (1997). Seeing into the future – vision and aging. *West J Med*. **167**: 253-257.

- KAPLAN, C. (2006). Special issues in contraception: caring for women with disabilities. *J Midwifery Womens Health*. **51**(6): 450-456.
- KAYAALP, O. (1983). Hatalı ilaç kullanımına yol açan başlıca etkenler. *T Klin Tıp Bilimleri Araşt.* **3**(1): 9-10.
- KELLY, S.P. (2001). Smoking and blindness – strong evidence for the link, but public awareness lags. *BMJ*. **328**: 537-538.
- KENAGY, J.W., STEIN, G.C. (2001). Naming, labeling, and packaging of pharmaceuticals. *Am J Health-Syst Pharm*. **58**: 2033-2041.
- KENDRICK, D. (2001). *Health Care Professionals Who Are Blind or Visually Impaired*. New York: American Foundation for the Blind.
- KESSELS, R.P.C. (2003). Patients' memory for medical information. *J R Soc Med*. **96**: 219-222.
- KLEIN, R. (2006). Evaluating the quality of Braille on pharmaceutical packaging. *PTS NEWS*. **5**: 22-23.
- KOCUR, I., RESNIKOFF, S. (2002). Visual impairment and blindness in Europe and their prevention. *Br J Ophthalmol*. **86**: 716-722.
- LANG, S. (2003). Talking prescriptions help read labels. *Canadian Blind Monitor*. **16**: 34.
- LEGOOD, R., SCHUFFHAM, P., CRYER, C. (2002). Are we blind to injuries in the visually impaired? – a review of the literature. *Injury Prevention*. **8**: 155-160.
- LITTLE, J. (2006). Effective and confidential communication of prescription information: accommodating the blind and visually-impaired. W. Mann, & A. Helal içinde, *Promoting Independence for Older Persons with Disabilities* (s. 205-219). Fairfax: IOS Press
- MAKARCHUK, A. (1999). Braille information on over the counter drug labels. *Canadian Blind Monitor*. **7**: 22.
- MCMAHON, J.M., CURTIS, A. (2009). Methods of reading information on labels of prescription medications by persons who are visually impaired. *J Vis Imp Blind*. **103**(5): 303-309.
- MEADS, C., HYDE, C. (2003). What is the cost of blindness?. *Br J Ophthalmol*. **87**: 1201-1204.
- MEB. (1991). *Özel Eğitim Okulları İçin Braille Kabartma Yazı Kılavuzu*. İstanbul: Milli Eğitim Basımevi.
- MERRILLS, J., FISHER, J. (2006). *Pharmacy Law & Practice*. 4th Ed. Amsterdam: Elsevier Publishing.
- MONBECK, M.E. (1974). *The Meaning of Blindness - Attitudes Toward Blindness and Blind People*. Bloomington: Indiana University Press.
- NASCIMENTO, E.L., MARQUES, L.A.M. (2009). O deficiente visual e a atenção farmacêutica. *Lat Am J Pharm*. **28**(2): 203-210.

- NÉMETH, G., OLASZY, G., BARTALIS, M., KISS, G., ZAINKÓ, C., MIHAJLIK, P. (2007). Speech based drug information system for aged and visually impaired persons. In: *Interspeech 2007 - Eurospeech: 9th European Conference on Speech Communication and Technology*. Antwerpen, Belgium, pp. 2533-2536.
- O'DWYER, P.A. (2009). *Göz Kitabı – Göz Sağlığı Hakkında Her Şey*. Ankara: Arkadaş Yayınları.
- ÖZÇELİKAY, G. (2001). Akılcı ilaç kullanımı üzerinde bir pilot çalışma. *Ankara Ecz. Fak. Der.* **30(2)**: 9-18.
- ÖZÇELİKAY, G., ASİL, E., KÖSE, K. (1995). Ankara Üniversitesi öğrencilerinin doktora gitme ve doktora başvurmadan ilaç kullanma alışkanlıkları üzerinde bir çalışma. *Ankara Ecz. Fak. Der.* **24(1)**: 21-30.
- ÖZÇELİKAY, G., ÖZCÖMERT, G.H., ŞAR, S., ASİL, E. (1997). Eczane eczacılığı ve etik. *T Klin Tıbbi Etik.* **5**: 6-9.
- ÖZKAN, S., ÖZBAY, O.D., AKSAKAL, F.N., İLHAN, M.N., AYCAN, S. (2005). Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.* **4(5)**: 223-237.
- ÖZYÜREK, M. (1988). *Engelli Kişilere Yönelik Değiştirilen Tutumların Sürekliliği*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.
- ÖZYÜREK, M. (1998). "Görme Engelliler". *Özel Eğitim*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları. s: 128-152.
- PARKER, J. (2007). X-PIL – finding out about medicines. *New Beacon.* **21**: 29-31.
- PIERCE, B., CHEADLE, B. (2005). *The World Under My Fingers – Personal Reflections on Braille*. Maryland: National Federation of the Blind.
- RAPPAPORT, H.M., STRAKER, K.S., HUNTER, T.S., ROY, J.F. (1994). *The Guidebook for Patient Counseling*. Lancaster: Technomic Publishing Co., Inc.
- RAYNOR, D.K., YERASSIMOU, N. (1997). Medicines information – leaving blind people behind?. *BMJ.* **315**: 268.
- REIN, D.B., ZHANG, P., WIRTH, K.E., LEE, P.P., HOERGER, T.J., MCCALL, N., KLEIN, R., TIELSCH, J.M., VIJAN, S., SAADDINE, J. (2006). The economic burden of major adult visual disorders in the United States. *Arch Ophthalmol.* **124**: 1754-1760.
- RESNIKOFF, S., PASCOLINI, D., ETYA'ALE, D., PARARAJASEGARAM, R., POKHAREL, G.P., MARIOTTI, S.P. (2004). Global data on visual impairment in the year 2002. *Bulletin of the WHO.* **82(11)**: 844-851.
- RIEWPAIBOON, A. (2009). How the blind cope with problems of medicine utilization: a study in Bangkok, Thailand. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety.* **18**: 708-712.
- ROSENBERG, E.A., SPERAZZA, L.C. (2008). The visually impaired patient. *Am Fam Physician.* **77(10)**: 1431-1436.
- SARDEGNA, J., SHELLY, S., RUTZEN, A.R. (2002). *The Encyclopedia of Blindness and Vision Impairment*. New York: Facts on File Inc.

- SERT, G. (2004). *Hasta Hakları – Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde*. İstanbul: Babil Yayınları.
- SEYYAR, A. (2006). *Dünden Bugüne İz Bırakan Meşhur Körler ve Sağırlar*. İstanbul: Hayat Yayınları.
- SHAH, S. (2009). Blindness and visual impairment due to retinal diseases. *Com Eye Health J.* **22(69)**: 8-9.
- SHAPIRO, S. (1975). Braille anniversary. *Br Med J.* **3**: 339-340.
- SIEBENAND, V.S. (2009). Hotline für Blinde. *Pharm. Ztg.* **154(48)**: 4554-4555.
- SIMON, L. (2008). Low vision and rehabilitation for older people: integrating services into the healthcare system. *Community Eye Health.* **21(66)**: 28-29.
- STEEMAN, A. (2009). Braille on Pharma Packaging. Erişim: [http://www.packagingdigest.com/blog/Excellence_in_Packaging/22745-Braille_On_Pharma_Packaging.php]. Erişim tarihi: 04.12.2009.
- STONE, P., CURTIS, S.J. (2002). *Pharmacy Practice*. 3rd Ed. London: Pharmaceutical Press.
- SUBAŞIOĞLU, F. (2000). Engellilerin internet'e erişimi üzerine. *Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi Dergisi.* **40(3-4)**: 203-216.
- TAYLOR, H.R., KEEFFE, J.E. (2001). World blindness: a 21st century perspective. *Br J Ophthalmol.* **85**: 261-266.
- TAYLOR, H.R., PEZZULLO, M.L., KEEFFE, J.E. (2006). The economic impact and cost of visual impairment in Australia. *Br J Ophthalmol.* **90**: 272-275.
- TAYLOR, K., HARDING, G. (1989). The community pharmacist: Over qualified dispenser or health professional?. *Journal of the Royal College of General Practitioners.* **39**: 209-210.
- TDK. (2010). Türk Dil Kurumu Sözlüğü. Erişim: [http://www.tdk.gov.tr], Erişim tarihi: 26.03.2010.
- TEB. (2009). *Eczacılık-İlaç Yasa ve Yönetmelikleri*. Ankara: Türk Eczacıları Birliği.
- TEB. (2010). *Mali İstatistik Verileri*. Ankara.
- TİMUR, S., EGE, E., BAKIŞ, E. (2006). Engelli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* **10(1)**: 51-58.
- TOOTELIAN, D.H., GAEDEKE, R.M. (1993). *Essentials of Pharmacy Management*. Michigan: Mosby Publications.
- TUFAN, İ., ARUN, Ö. (2006). *Türkiye Özürlüler Araştırması 2002 İkincil Analizi*. Ankara: TÜBİTAK Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma Grubu.
- TÜİK. (2009). Nüfus ve Kalkınma Göstergeleri. Erişim: [http://nkg.tuik.gov.tr/goster.asp?aile=1]. Erişim tarihi: 13.01.2010.
- TÜİK. (2009). Özürlü İstatistikleri. Erişim: [http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=5&ust_id=1]. Erişim tarihi: 22.01.2010.

- UNESCO. (1990). *World Braille Usage*. Washington DC.
- USKUN, E., USKUN, S.B., ÖZTÜRK, M., KİŞİOĞLU, A.N. (2004). Sağlık ocağına başvuru öncesi ilaç kullanımı. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. **13(12)**: 451-454.
- USLAN, M.M., BURTON, D.M., WILSON, T.E., TAYLOR, S., CHERTOW, B.S., TERRY, J.E. (2007). Accessibility of home blood pressure monitors for blind and visually impaired people. *J Diabetes Sci Technol*. **2**: 218-227.
- USLU, Ö. (2005). *Engelli Kişilerle İletişim Rehberi*. İstanbul: Yeditepe Üniversitesi Yayınları.
- WESCH, M.W. (2010). Blindenschrift in neuen Formaten. *Pharm Ind*. **72(6)**: 968-970.
- WHO. (2009). Causes of Blindness and Visual Impairment. Erişim: [http://www.who.int/blindness/causes/en/]. Erişim tarihi: 11.10.2009.
- WHO. (2009). Visual Impairment and Blindness. Erişim: [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/index.html]. Erişim tarihi: 11.10.2009.
- WILLIAMS, A.S. (1997). Teaching nonvisual diabetes self-care: choosing appropriate tools and techniques for visually impaired individuals. *Diabetes Spectrum*. **10(2)**: 128-134.
- YAZGAN, G. (2002). *Kör Uçuş*. İstanbul: İletişim Yayınları.
- YEĞENOĞLU, S., ÖZÇELİKAY, G. (2005). Counselling of pharmacists to community on issue other than drug purchasing and drug related information: a survey in Ankara. *Turkish J Pharm Sci*. **2(2)**: 83-91.
- YEĞENOĞLU, S., SÖZEN, B. (2007). Türkiye’de eczacılıkla ilgili web sitelerinin bazı ilkeler ışığında değerlendirilmesi. *XII. Türkiye’de İnternet Konferansı (8-10 Kasım 2007) Bildirileri*. Ankara.

EKLER

Ek 1. Türkiye’deki Görme Engelli Yetişkinlerin Eczacılık Alanındaki İhtiyaçları Konulu Anket Soruları

Ankete başlamadan önce lütfen şu üç soruyu cevaplandırınız.

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalı’nda Uzman Eczacı Halil Tekiner’in “Türkiye’deki Görme Engelli Yetişkinlerin Eczacılık Alanındaki İhtiyaçları” başlıklı doktora çalışması kapsamında yapılan bu ankete katılmayı kabul ediyor musunuz?

[] Evet (*Bir sonraki soruya geçiniz*)

[] Hayır (*Görüşmeyi sonlandırınız*)

Görme engelli misiniz?

[] Evet (*Bir sonraki soruya geçiniz*)

[] Hayır (*Görüşmeyi sonlandırınız*)

Görme engeli dışında işitme engellilik, fiziksel engellilik gibi başka bir engeliniz daha var mı?

[] Evet (*Görüşmeyi sonlandırınız*)

[] Hayır (*Ankete geçiniz*)

Anket katılımcısının;

Yaşadığı şehir :

Telefon numarası :

Görüşme tarihi : / / 2010

Cinsiyeti : a) Erkek b) Kadın

1. Kaç yaşındasınız?

a) 18-25 arası

b) 26-35 arası

c) 36-45 arası

d) 46-55 arası

e) 56-65 arası

f) 65 üstü

2. Eğitim durumunuz hangisine uymaktadır?

- | | |
|-----------------------|-------------------------|
| a) Resmi eğitimim yok | e) Lise mezunu |
| b) Özel eğitim mezunu | f) Üniversite mezunu |
| c) İlkokul mezunu | g) Yüksek Lisans mezunu |
| d) Ortaokul mezunu | h) Doktora mezunu |

3. Mesleğiniz nedir? ...

4. Geçiminizi kendiniz mi sağlıyorsunuz?

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------|
| a) Evet (Bir sonraki soruya geçiniz) | b) Hayır (S.6'ya geçiniz) |
|--------------------------------------|---------------------------|

5. Gelir düzeyiniz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?

- | | |
|------------------------------------|------------------------------|
| a) Asgari ücretin (693 TL) altında | c) 1.000 TL – 2.499 TL arası |
| b) 693-999 TL arası | d) 2.500 TL'nin üzerinde |

6. Yaşam şekliniz hangisine uymaktadır?

- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| a) Yalnız yaşıyorum | d) Yurt ya da yatılı okulda yaşıyorum |
| b) Ailemle birlikte yaşıyorum | e) Diğer (Açıklayınız ...) |
| c) Arkadaşlarımla birlikte yaşıyorum | |

7. Cep telefonu kullanıyor musunuz?

- | | |
|---------|----------|
| a) Evet | b) Hayır |
|---------|----------|

8. Gündelik yaşamınızda hatırlatıcı olarak kullandığınız ses kayıt cihazı, mp3 çalar ya da başka bir yardımcı teknolojik alet var mı?

- | | |
|---------|----------|
| a) Evet | b) Hayır |
|---------|----------|

9. İnternet kullanıyor musunuz?

- | | |
|---------|----------|
| a) Evet | b) Hayır |
|---------|----------|

10. Şu anki görme durumunuz hangisine uymaktadır?

- | |
|--------------------------------------|
| a) Tamamen görmez (S.12'ye geçiniz) |
| b) Kısmen görmez |

11. Görme yüzdeniz kaçtır?

- | | |
|------------------|------------------------|
| a) % 10'dan az | e) % 41-50 arası |
| b) % 11-20 arası | f) % 51'den daha fazla |
| c) % 21-30 arası | g) Bilmiyorum |
| d) % 31-40 arası | |

12. Ne zamandan beri görme engellisiniz?

- | | |
|------------------|-------------------|
| a) 1 yıldan az | d) 5 yıldan fazla |
| b) 1-2 yıl arası | e) Doğuştan |
| c) 3-4 yıl arası | |

13. Körlük nedeniniz hangisidir?

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| a) Kalıtsal | e) Enfeksiyon |
| b) Şeker hastalığı | f) Kaza |
| c) Katarakt (göze perde inmesi) | g) Bilmiyorum |
| d) Göz tansiyonu | h) Diğer (Açıklayınız ...) |

14. Ailenizde sizden başka görme engelli var mı?

- | | |
|---------|----------|
| a) Evet | b) Hayır |
|---------|----------|

15. Tansiyon, astım, şeker hastalığı ya da başka herhangi bir kronik (devamlı) rahatsızlığınız var mı?

- | | |
|---------|----------------------------|
| a) Evet | b) Hayır (S.17'ye geçiniz) |
|---------|----------------------------|

16. Aşağıdaki kronik (devamlı) rahatsızlıklardan hangisi ya da hangilerine sahipsiniz?

- | | |
|----------------------|----------------------------|
| a) Tansiyon | d) Astım |
| b) Kalp hastalıkları | e) Diğer (Açıklayınız ...) |
| c) Şeker hastalığı | |

17. Sağlık ve ilaçlar hakkındaki bilgileri en çok hangi kaynaklardan ediniyorsunuz?

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| a) Hekim | f) İnternet |
| b) Eczacı | g) Kabartma yazılı kaynaklar |
| c) Diğer sağlık görevlileri | h) Hepsini |
| d) Akraba/arkadaş | i) Hiçbiri |
| e) Televizyon/radyo vb. | |

18. Hastalandığınızda öncelikle hangisine gitmeyi tercih ediyorsunuz?

- | | |
|-------------------------|-------------------------------|
| a) Aile hekimi | f) Özel hekim |
| b) Sağlık ocağı | g) Eczane |
| c) Devlet hastanesi | h) Tedavi kurumuna gitmiyorum |
| d) Üniversite hastanesi | |
| e) Özel hastane | |

19. Hastane, klinik, eczane gibi sağlık kuruluşlarının fiziksel ulaşılabilirliği için sizce aşağıdaki ifadelerden hangisi daha uygundur?

- | |
|---|
| a) Ulaşılabilir değil |
| b) Bir başkasının yardımıyla ulaşılabilir |
| c) Kendi başıma ulaşılabilir |

20. İlaçlarınızı genellikle nereden ve nasıl temin ediyorsunuz?

- a) Kendi başıma veya bana eşlik eden biriyle birlikte eczaneden (*Bir sonraki soruya geçiniz*)
- b) Bir başkası aracılığıyla eczaneden (*S.23'e geçiniz*)
- c) Bağlı olduğum kurum ya da merkezden (*S.23'e geçiniz*)
- d) Diğer (Açıklayınız ...) (*S.23'e geçiniz*)

21. Eczacı size ilacın etkisi ve nasıl kullanılacağı hakkında açıklamaya yapıyor mu?

- a) Evet
- b) Hayır

22. Eczacının sizinle kurduğu iletişimi nasıl değerlendiriyorsunuz?

- a) Çok iyi
- b) İyi
- c) Orta
- d) Kötü
- e) Çok kötü

23. Eczaneden ilacın dışında başka bir ürün aldığınız oldu mu?

- a) Evet (Açıklayınız ...)
- b) Hayır

24. Şu an ilaç kullanıyor musunuz?

- a) Evet
- b) Hayır (*S.26'ya geçiniz*)

25. Hangi ilacı, hangi dozda, hangi sıklıkta ve ne zamandan beri kullanıyorsunuz?

(Cevapları dinledikten sonra hatırlıyor-hatırlamıyor şıklarından uygun olanı seçiniz)

- a. *İlacın adını* a.1) *Hatırlıyor* a.2) *Hatırlamıyor*
- b. *İlacın dozunu* b.1) *Hatırlıyor* b.2) *Hatırlamıyor*
- c. *İlacın hangi sıklıkta kullanıldığını*
- c.1) *Hatırlıyor* c.2) *Hatırlamıyor*
- d. *İlacı ne zamandan beri kullandığını*
- d.1) *Hatırlıyor* d.2) *Hatırlamıyor*

26. İlaçlarınızı kullanırken size yardım eden birisi var mı?

- a) Evet
- b) Hayır (*S.28'e geçiniz*)

27. İlaç kullanımında yardım aldığınız kişinin sağlık konusunda eğitimi var mı?

- a) Evet
- b) Hayır

28. Aşağıdaki ilaç gruplarından en çok hangilerini kullanıyorsunuz?

- a) Ağrı kesiciler
- b) Antibiyotikler
- c) Göz ilaçları
- d) Depresyon ilaçları
- e) Kas gevşeticiler
- f) Ateş düşürücüler
- g) Diğer (Açıklayınız ...)

29. Bir sağlık personelinin tavsiyesi olmadan kendi kendinize ilaç kullanır mısınız?

- a) Evet b) Hayır

30. Kullanımı size en zor gelen ilaç şekli hangisi ya da hangileridir?

- a) Tablet – kapsül f) Fitol (suppozituar)
b) Şurup g) İnsülin iğnesi
c) Krem – merhem h) Hepsi
d) Damla i) Diğer (Açıklayınız ...)
e) Ağız – burun spreyi j) Hiçbiri

31. Şurup kullanacağınız zaman ölçek dozunu genellikle nasıl ayarlıyorsunuz?

- a) Kaşığa dökerek
b) Şişeyi ağızıma götürerek
c) Başka birinden yardım alarak
d) Özel bir teknolojik araç kullanarak

32. Göz damlalarını genellikle nasıl kullanıyorsunuz?

- a) Kendi başıma
b) Başka birinden yardım alarak
c) Bir teknolojik alet aracılığıyla
d) Kullanmıyorum

33. Geçmişte ilalarınızla ilgili size verilen talimatları unuttuğunuz ya da karıştırdığımız oldu mu?

- a) Evet b) Hayır

34. Daha önce ilaca bağlı alerjik reaksiyon ya da başka bir yan etki yaşadınız mı?

- a) Evet b) Hayır (S.36'e geçiniz)

35. Bu konuda bir başkasına bilgi verdiniz mi?

- a) Evet (Kime? ...)

b) Hayır

36. Elinizdeki ilacın son kullanma tarihini nasıl takip ediyorsunuz?

- a) Takip etmiyorum
b) Bir başkasına soruyorum
c) Kabartma yazı ile not ediyorum
d) Teknolojik bir ürün aracılığıyla öğreniyorum
e) Hafızamda tutuyorum

37. Kabartma yazıyı okuyabiliyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır (S.42'ye geçiniz)

38. Kabartma yazı ile okuduğunuz kitap vb. kaynaklar arasında sağlıkla ilgili olanlar var mı?

- a) Evet b) Hayır

39. İlaç kutusu üzerinde kabartma yazı ile hangi bilgilerin yer almasını istersiniz?

- a) İlacın adı
b) Etken madde miktarı
c) Neye yaradığı (etkisi)
d) Kullanım dozu
e) Son kullanma tarihi (ay-yıl)
f) Üretici firmanın ismi
g) Hepsini
h) Diğer (Açıklayınız ...)

40. Üzeri kabartma yazılı olan günlük, haftalık veya aylık ilaç kullanım doz hatırlatma kutusu kullanıyor musunuz?

- a) Evet b) Hayır

41. Daha önce kutu üzerinde kabartma yazı bulunan bir ilaç kullandınız mı?

- a) Evet b) Hayır

42. Birden çok ilaç kullanmanız gerektiğinde ilaç kutularını nasıl ayırt ediyorsunuz?

- a) Bir başkasına sorarak
b) İlaç dış kutusu ya da ilacı saran ambalajın şeklinden
c) Belli bir sıraya koyarak
d) Kutu üzerindeki kabartma yazıdan
e) Üzerini kendim kabartma yazıyla yazarak
f) Üzerini kabartma yazı dışında tel zımba, raptiye, mum damlası gibi bir başka şekilde işaretleyerek
g) Çok gözlü çekmece, kutu ya da çantalara yerleştirerek

43. İlacınızı hangi doz ve zamanda alacağınızı nasıl hatırlıyorsunuz?

- a) Hafızama güveniyorum
b) Bir başkasından yardım alıyorum
c) Sesli kayıt cihazlarından ya da başka bir yüksek teknolojik araçtan yararlanıyorum
d) Kutu üzerine özel işaretler koyuyorum
e) Diğer (Açıklayınız ...)

44. Elinizde sağlıkla ilgili ne tür teknolojik aletler var?

- a) Konuşan tansiyon aleti
b) Konuşan şeker ölçüm aleti
c) Konuşan ilaç kutuları
d) Konuşan ateş ölçer
e) Alarmlı ilaç kutuları
f) Diğer (Açıklayınız ...)
g) Hiçbiri

45. İlacınızla ilgili etki, yan etki, uyarılar, vb. bilgilere ulaşmak için aşağıdaki başvuru kaynaklarından hangisini tercih edersiniz?

- a) Sabit telefon/cep telefonu
- b) İnternette sesli web sitesi
- c) CD vb. taşınabilir ses kayıtları
- d) Kabartma yazılı çıktılar
- e) Büyük yazılı çıktılar

46. Sizce size sunulan eczacılık hizmetleri nasıl iyileştirilebilir? Birkaç cümleyle açıklayınız.

(...)

47. Bu çalışma hakkındaki görüş ve önerileriniz nelerdir? Birkaç cümleyle açıklayınız.

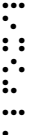
(...)

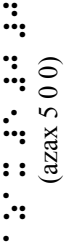
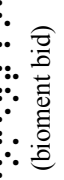
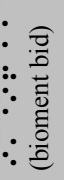
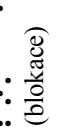
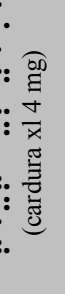
Katılımınız için teşekkür ederiz. (Görüşmeyi sonlandırınız)

Ek 2. Mayıs 2010 İtibariyle Türkiye’de Piyasada Bulunan Ambalaj Üzeri Braille Yazılı İlaçların Listesi

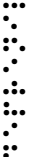
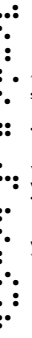
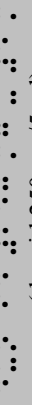
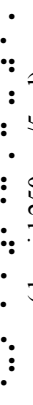
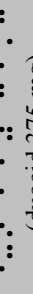
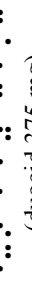
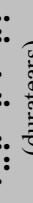
İlacın Adı	Kutu Üzerindeki Braille Yazı	Braille Yüzey ²⁹	Farmasötik Formu	Farmakolojik Grubu	Firma Adı	Firma Özelliği
Accuzide® fort 20/25 mg 30 film kaplı tablet	• • • • • • (accuzide 20 mg 25 mg)	a	tablet	antihipertansifler	Pfizer	yabancı
Aksef® 500 mg 10 film tablet	• • • • • • • • • • (aksef 5 0 0 mg)	a	tablet	antibakteriyel ilaçlar (il.)	Nobel	yerli
Aksef® 500 mg 20 film tablet	• • • • • • • • • • (aksef 5 0 0 mg)	a	tablet	antibakteriyel il.	Nobel	yerli
Aksef® 750 mg IM/IV flakon	• • • • • • • • • • (aksef 7 5 0)	a	flakon	antibakteriyel il.	Nobel	yerli
Alfasid® 375 mg 14 tablet	• • • • • • • • • • (alfasid)	a-b	tablet	antibakteriyel il.	Fako	yerli
Alfasid® 750 mg 10 tablet	• • • • • • • • • • (alfasid)	a-b	tablet	antibakteriyel il.	Fako	yerli
Alfasid® 750 mg 14 tablet	• • • • • • • • • • (alfasid)	a-b	tablet	antibakteriyel il.	Fako	yerli

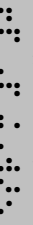
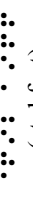
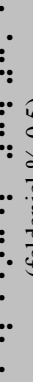
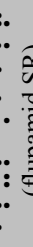
²⁹ a: Kutu ön yüzü, b: kutu arka yüzü, c: kutu yan yüzü (sağ), d: kutu yan yüzü (sol), e: kutu alt yüzü, f: kutu üst yüzü.

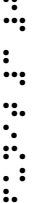
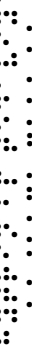
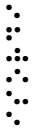
Alfoxil® 1 g tablet	 (alfoxil)	a	tablet	antibakteriyel il.	Fako	yerli
Alfoxil® 125 mg/5 ml	 (alfoxil)	a-b	süspansiyon	antibakteriyel il.	Fako	yerli
Alfoxil® Forte 250 mg/5 ml süspansiyon	 (alfoxil)	a-b	süspansiyon	antibakteriyel il.	Fako	yerli
Alomide® 5 ml damla	 (alomide)	c	damla	oftalmik il.	Alcon	yabancı
Ansaid® 100 mg film kaplı tablet	 (ansaid 100 mg)	a	tablet	analjezikler, antienflamatuar ve antiromatizmal il.	Pfizer	yabancı
Aricept® 10 mg 28 film kaplı tablet	 (aricept 10 mg)	a	tablet	alzheimer il.	Pfizer	yabancı
Aricept® 5 mg 14 film kaplı tablet	 (aricept 5 mg)	a	tablet	alzheimer il.	Pfizer	yabancı
Atarax® 200 ml şurup	 (atarax)	a	şurup	anksiyolitikler, sedatifler ve hipnotikler, antihistaminikler (siste- mik)	UCB	yabancı
Atarax® 25 mg 30 tablet	 (atarax)	a	tablet	anksiyolitikler, sedatifler ve hipnotikler, antihistaminikler (siste- mik)	UCB	yabancı

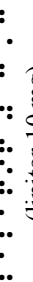
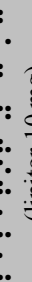
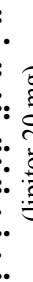
Azax® 500 mg 3 film tablet	 (azax 5 0 0)	a	tablet	antibakteriyel il.	Nobel	yerli
Azopt® 5 ml oft. Solüsyon	 (azopt)	c	damla	oftalmik il.	Alcon	yabancı
Betoptic® 5 ml oft. Solüsyon	 (betoptic)	c	damla	oftalmik il.	Alcon	yabancı
Betoptic®S 5 ml oft. Solüsyon	 (betoptics)	c	damla	oftalmik il.	Alcon	yabancı
Bioment® BID 1000 mg 10 tablet	 (bioment bid)	a-b	tablet	antibakteriyel il.	Fako	yerli
Bioment® BID 200/28 mg 70 ml	 (bioment bid)	a-b	süspansiyon	antibakteriyel il.	Fako	yerli
Bioment® BID 625 mg 10 tablet	 (bioment bid)	a-b	tablet	antibakteriyel il.	Fako	yerli
Bioment® BID Forte 400/57mg 70 ml	 (bioment bid)	a-b	süspansiyon	antibakteriyel il.	Fako	yerli
Blokace® 2.5 mg 30 tablet	 (blokace)	a	tablet	antihipertansifler	Fako	yerli
Cardura XL® 4 mg 30 tablet	 (cardura xl 4 mg)	a	tablet	antihipertansifler, genito-üriner hastalıklarda kull. il.	Pfizer	yabancı

Cardura XL® 8 mg 30 tablet	 (cardura xl 8 mg)	a	tablet	antihipertansifler, genito- üriner hastalıklarda kull. il.	Pfizer	yabancı
Cefaks 125 mg/5 ml 100 ml süspan- siyon	 (cefaks deva)	a	süspansiyon	antibakteriyel il.	Deva	yerli
Cefaks 125 mg/5 ml 50 ml süspan- siyon	 (cefaks deva)	a	süspansiyon	antibakteriyel il.	Deva	yerli
Cefaks 250 mg/5 ml 100 ml süspan- siyon	 (cefaks deva)	a	süspansiyon	antibakteriyel il.	Deva	yerli
Cialis® 20 mg 4 film tablet	 (cialis 20 mg)	a	tablet	genito-üriner hastalıklar- da kull. il.	Lilly	yabancı
Ciloxan® 3.5 g göz pomadı	 (ciloxan)	c	pomad	oftalmik il., antibakteriyel il.	Alcon	yabancı
Ciloxan® 5 ml göz damlası	 (ciloxan)	c	damla	oftalmik il., antibakteriyel il.	Alcon	yabancı
Dalman® AQ nazal sprey	 (dalman AQ nazal sprey 15 ml)	a	nazal sprey	nazal il.	Drogsan	yerli
Deklarit® 250 mg/5 ml 50 ml	 (deklarit deva)	a-b	süspansiyon	antibakteriyel il.	Deva	yerli
Deltacortril 5 mg 20 tablet	 (deltacortril 5 mg)	a	tablet	antiienflamatuar ve antiromatizmal il.	Pfizer	yabancı

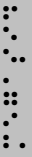
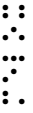
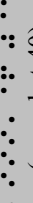
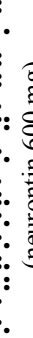
Deprenil® 50 mg 30 tablet	 (deprenil)	a	tablet	Antidepresanlar	Terra	yerli
Dermo-Trosyd® % 1 krem 20 g	 (trosyd % 1)	a	krem	antiinfektif il.	Pfizer	yabancı
Dexa-Sine® 1 mg/ml damla	 (dexa-sine)	e	damla	oftalmik il.	Liba	yabancı
Duocid® 1 g flakon IM + Lid	 (duocid 1 g im)	a	flakon	antibakteriyel il.	Pfizer	yabancı
Duocid® 1 g flakon IM/IV	 (duocid 1 g im/iv)	a	flakon	antibakteriyel il.	Pfizer	yabancı
Duocid® 250 mg/5 ml 40 ml Ped. Süspansiyon	 (duocid 250 mg/5 ml)	a	süspansiyon	antibakteriyel il.	Pfizer	yabancı
Duocid® 250 mg/5 ml 70 ml süspan- siyon	 (duocid 250 mg/5 ml)	a	süspansiyon	antibakteriyel il.	Pfizer	yabancı
Duocid® 375 mg 10 tablet	 (duocid 375 mg)	a	tablet	antibakteriyel il.	Pfizer	yabancı
Duocid® 375 mg 20 tablet	 (duocid 375 mg)	a	tablet	antibakteriyel il.	Pfizer	yabancı
Duratears® Steril Oküler pomat 3.5 g	 (duratears)	e	pomad	oftalmik il.	Liba	yabancı

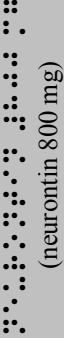
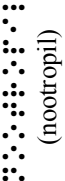
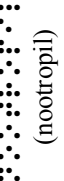
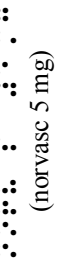
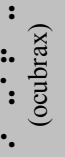
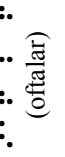
Emadine® 5 ml oftalmik solüsyon	 (emadine)	c	damla	oftalmik il.	Liba	yabancı
Epanutin® 100 mg 100 kapsül	 (epanutin 100 mg)	a	kapsül	antiepileptikler ve antikonvülzanlar	Pfizer	yabancı
Eritretin® 30 g jel	 (eritretin)	a	jel	akne tedavisinde kull. il.	Akur	yabancı
Esrām 10 mg 28 tablet	 (esram 1 0)	a	tablet	antidepresanlar	Nobel	yerli
Esrām 20 mg 28 tablet	 (esram 2 0)	a	tablet	antidepresanlar	Nobel	yerli
Etodin fort 400 mg 14 film tablet	 (etodin fort)	a	tablet	analjezik, antienflamatuar, antiromatizmal il.	Pfizer	yabancı
Etol® Fort 400 mg 14 tablet	 (etol fort)	a	tablet	analjezik, antienflamatuar, antiromatizmal il.	Nobel	yerli
Felden® jel 50 g	 (feldenjel % 0.5)	a	jel	analjezik, antienflamatuar, antiromatizmal il.	Pfizer	yabancı
Flarex® damla	 (flarex)	c	oftalmik sol.	oftalmik il.	Alcon	yabancı
Flupamid® 1.5 mg SR 30 tablet	 (flupamid SR)	a-b	tablet	antihipertansifler	Sanovel	yerli

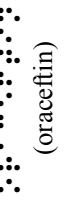
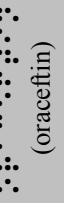
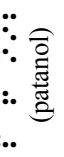
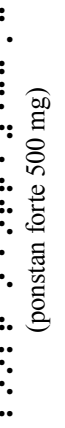
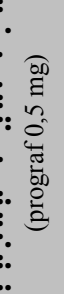
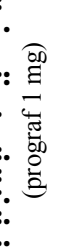
Funit® 100 mg 30 kapsül	 (funit 3 0)	a	kapsül	antifungal il.	Nobel	yerli
Funit® 100 mg 4 kapsül	 (funit 4)	a	kapsül	antifungal il.	Nobel	yerli
Gyno Ferro Sanol® 30 kapsül	 (gyno ferro sanol)	a	kapsül	antianemik il.	Adeka	yerli
Helipak® Tedavi Paketi 14 tablet	 (helipak)	a-b	tablet-kapsül	ülser tedavisinde kull. il., antibakteriyel il.	Fako	yerli
Hytrin® BP Tedaviye Başlama Paketi 2 mg ve 5 mg 21 tablet	 (hytrin bp tedaviye başlama paketi)	a	tablet	antihipertansifler, genito- üriner hastalıklarda kull. il.	Abbott	yabancı
Iodipine® 5 ml oftalmik solüsyon	 (iodipine)	c	damla	oftalmik il.	Alcon	yabancı
İsordil® sublingual 5 mg 50 tablet	 (isordil)	a-b	tablet	kalp tedavisi il.	Fako	yerli
Kefsîd® 125 mg 100 ml süspansiyon	 (kefsîd)	a-b	süspansiyon	antibakteriyel il.	Fako	yerli
Klacid® 125 mg 70 ml süspansiyon	 (klacid)	a	süspansiyon	antibakteriyel il.	Abbott	yabancı

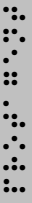
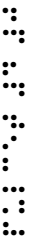
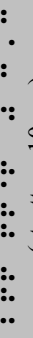
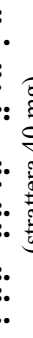
Klacid® 250 mg 50 ml süspansiyon	 (klacid)	a	süspansiyon	antibakteriyel il.	Abbott	yabancı
Klacid® MR 500 mg 20 tablet	 (klacid mr 500 mg)	a	tablet	antibakteriyel il.	Abbott	yabancı
Klacid® MR 500 mg 7 tablet	 (klacid mr 500 mg)	a	tablet	antibakteriyel il.	Abbott	yabancı
Lansoprol 15 mg 28 kapsül	 (lansoprol 15)	a	kapsül	ülser tedavisinde kull. il.	Nobel	yerli
Lansoprol 30 mg 14 kapsül	 (lansoprol 30)	a	kapsül	ülser tedavisinde kull. il.	Nobel	yerli
Lansoprol 30 mg 28 kapsül	 (lansoprol 30)	a	kapsül	ülser tedavisinde kull. il.	Nobel	yerli
Lipanthyl 200 M 200 mg 30 kapsül	 200 m) (lipanthyl	a	kapsül	serum lipid düşürücü il.	Fournier	yabancı
Lipitor® 10 mg 30 film tablet	 (lipitor 10 mg)	a	tablet	serum lipid düşürücü il.	Pfizer	yabancı
Lipitor® 10 mg 90 film tablet	 (lipitor 10 mg)	a	tablet	serum lipid düşürücü il.	Pfizer	yabancı
Lipitor® 20 mg 30 film tablet	 (lipitor 20 mg)	a	tablet	serum lipid düşürücü il.	Pfizer	yabancı

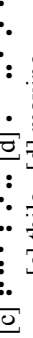
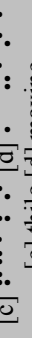
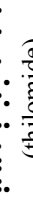
Lipitor® 40 mg 30 film tablet		a	tablet	serum lipid düşürücü il.	Pfizer	yabancı
Lipofen® SR 250 mg 30 kapsül		a	kapsül	serum lipid düşürücü il.	Nobel	yerli
Lustral Special® 100 mg 28 tablet		a	tablet	antidepresanlar	Pfizer	yabancı
Lustral® 50 mg 28 tablet		a	tablet	antidepresanlar	Pfizer	yabancı
Lyrica® 150 mg 56 kapsül		a	kapsül	antiepileptikler ve antikonvülzanlar	Pfizer	yabancı
Lyrica® 25 mg 56 kapsül		a	kapsül	antiepileptikler ve antikonvülzanlar	Pfizer	yabancı
Maxidex® % 0.1 göz sol 5 ml		c	damla	oftalmik il.	Alcon	yabancı
Maxidex® Pomad 3.5 g		c	pomad	oftalmik il.	Alcon	yabancı
Maximus® 100 mg 15 tablet		a	tablet	analjezik, antienflamatuar, antiromatizmal il.	Drogsan	yerli
Megasid® 250 mg 50 ml süspansiyon		a-b	süspansiyon	antibakteriyel il.	Fako	yerli

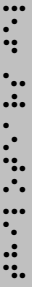
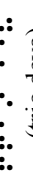
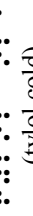
Megasid® 500 mg 14 film tablet	 (megasid)	a-b	tablet	antibakteriyel il.	Fako	yerli
Melox 7.5 mg 10 tablet	 (melox)	a	tablet	analjezik, antienflamatuar, antiromatizmal il.	Nobel	yerli
Melox Fort 15 mg 10 tablet	 (melox fort)	a	tablet	analjezik, antienflamatuar, antiromatizmal il.	Nobel	yerli
Melox Fort 15 mg/1.5 ml 3 ampul	 (melox im)	a	ampul	analjezik, antienflamatuar, antiromatizmal il.	Nobel	yerli
Misol 100 mg 28 tablet	 (misol 100)	a	tablet	antidepresanlar	Nobel	yerli
Modiodal® 100 mg 30 comprimés	 (knodiotal 100 mg)	a	komprime	psikostimulanlar ve nootropik il.	Cephalon	yabancı
Monoket® 40 mg 20 tablet	 (monoket 40)	a	tablet	kalp tedavisi il.	Adeka	yerli
Monoket® Long Retard 50 mg kapsül	 (monoket long 50 mg)	a	kapsül	kalp tedavisi il.	Schwarz Pharma A.G.	yabancı
Mydfrin® 5 ml göz damlası	 (mydfrin)	a	damla	oftalmik il.	Alcon	yabancı
Neurontin® 600 mg 50 çentikli film tablet	 (neurontin 600 mg)	a	tablet	antiepileptikler ve antikonvülzanlar	Pfizer	yabancı

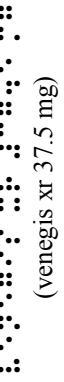
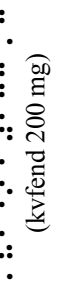
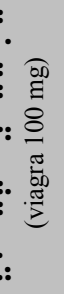
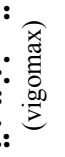
Neurontin® 800 mg 50 çentikli film tablet	 (neurontin 800 mg)	a	tablet	antiepileptikler ve antikonvülzanlar	Pfizer	yabancı
Nootropil® 1 g 12 enjektabl ampul	 (nootropil)	a	ampul	psikostimülanlar ve nootropik il.	UCB	yabancı
Nootropil® 200 ml şurup	 (nootropil)	a	şurup	psikostimülanlar ve nootropik il.	UCB	yabancı
Nootropil® 800 mg 30 film tablet	 (nootropil)	a	tablet	psikostimülanlar ve nootropik il.	UCB	yabancı
Norvasc® 10 mg 30 tablet	 (norvasc 10 mg)	a	tablet	antihipertansifler	Pfizer	yabancı
Norvasc® 5 mg 30 tablet	 (norvasc 5 mg)	a	tablet	antihipertansifler	Pfizer	yabancı
Ocubrax® 5 ml göz damlası	 (ocubrax)	c	damla	oftalmik il.	Liba	yabancı
Oftalar® 5ml göz damlası	 (oftalar)	a	damla	oftalmik il.	Cusi	yabancı
Olfrex 10 mg 28 film tablet	 (olfrex 10)	a	tablet	antipsikotik il.	Nobel	yerli
Olmetec® Plus 20 mg/12.5 mg	 (olmetec plus 20 mg-12.5 mg)	a	tablet	antihipertansifler	Pfizer	yabancı

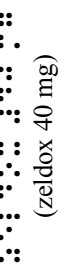
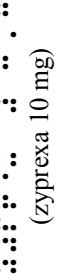
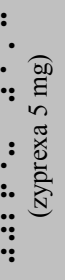
Oraceftin® 125 mg 100 ml süspansiyon	 (oraceftin)	a-b	süspansiyon	antibakteriyel il.	Fako	yerli
Oraceftin® 125 mg 50 ml süspansiyon	 (oraceftin)	a-b	süspansiyon	antibakteriyel il.	Fako	yerli
Oraceftin® 250 mg 10 tablet	 (oraceftin)	a-b	tablet	antibakteriyel il.	Fako	yerli
Oraceftin® 500 mg 10 tablet	 (oraceftin)	a-b	tablet	antibakteriyel il.	Fako	yerli
Oraceftin® 500 mg 20 film tablet	 (oraceftin)	a-b	tablet	antibakteriyel il.	Fako	yerli
Patanol % 0.1 Steril Oft. solüsyon 5 ml	 (patanol)	c	damla	oftalmik il.	Alcon	yabancı
Plavix® 75 mg comprimés	 (plavix 75 mg)	a	komprime	antirombotik il.	Sanofi Aventis	yabancı
Ponstan® Forte 500 mg 20 tablet	 (ponstan forte 500 mg)	a	tablet	analjezik, antienflamatuar, antiromatizmal il.	Pfizer	yabancı
Prograf® 0.5 mg hard capsules	 (prograf 0,5 mg)	a	kapsül	immünosüpresif il.	Astellas	yabancı
Prograf® 1 mg hard capsules	 (prograf 1 mg)	a	kapsül	immünosüpresif il.	Astellas	yabancı

Protagent % 2 göz damlası	 (protagent)	e	damlı	oftalmik il.	Liba	yabancı
Pulcet® 40 mg 14 enterik tablet	 (pulcet 40)	a	tablet	ülser tedavisinde kull. il.	Nobel	yerli
Relpax® 40 mg 3 film kaplı tablet	 (relpax 40 mg)	a	tablet	analjezikler	Pfizer	yabancı
Sefpotec 200 mg 20 film tablet	 (sefpotec 200)	a	tablet	antibakteriyel il.	Nobel	yerli
Sildeggra® 50 mg 4 film tablet	 (sildeggra)	a-b	tablet	genito-üriner hastalıklar- da kull. il.	Fako	yerli
Sinoretik 20 mg/12.5 mg 30 tablet	 (sinoretik)	a	tablet	antihipertansifler	Eczacıbaşı	yerli
Strattera® 10 mg kapsül	 (strattera 10 mg)	a	kapsül	antidepresanlar	Lilly	yabancı
Strattera® 18 mg kapsül	 (strattera 18 mg)	a	kapsül	antidepresanlar	Lilly	yabancı
Strattera® 25 mg kapsül	 (strattera 25 mg)	a	kapsül	antidepresanlar	Lilly	yabancı
Strattera® 40 mg kapsül	 (strattera 40 mg)	a	kapsül	antidepresanlar	Lilly	yabancı

Systane® Lubrikant göz damlası	 (ksystane)	b	damla	oftalmik il.	Alcon	yabancı
Teokap® SR 100 mg 30 kapsül	 (teokap sr 100)	a	kapsül	obstruktif akciğer hastalıklarında kull. il.	Nobel	yerli
Teokap® SR 200 mg 30 kapsül	 (teokap sr 200)	a	kapsül	obstruktif akciğer hastalıklarında kull. il.	Nobel	yerli
Teokap® SR 300 mg 30 kapsül	 (teokap sr 300)	a	kapsül	obstruktif akciğer hastalıklarında kull. il.	Nobel	yerli
Terramycin® deri merhemi	 (terramycin 14.2 g)	a	merhem	antiinfektif il.	Pfizer	yabancı
Terramycin® göz merhemi	 (terramycin 3.5 g)	a	merhem	oftalmik il.	Pfizer	yabancı
Tetradox® 100 mg 14 kapsül	 (tetradox)	a	kapsül	antibakteriyel il.	Fako	yerli
Thilomaxine 3.5 g göz pomadı	[c]  [d]  [c] thilo_ [d] maxine	c-d	pomad	oftalmik il.	Liba	yabancı
Thilomaxine 5 ml göz damlası	[c]  [d]  [c] thilo [d] maxine	c-d	damla	oftalmik il.	Liba	yabancı
Thilomide % 0.1 Oftalmik solüsyon 5 ml	 (thilomide)	f	damla	oftalmik il.	Liba	yabancı

Thilo-Tears Jel®	 (thilotears jel)	c	jel	oftalmik il.	Liba	yabancı
Thioctacid® 600 HR 30 Filmlibletle	 (thioctacid 600 hr)	a	tablel	sindirim sistemi ve meta- bolizma il.	MEDA	yabancı
Tobrex® % 0.3 damla 5 ml	 (tobrex)	c	damla	oftalmik il.	Alcon	yabancı
Tobrex® % 0.3 pomad 3.5 g	 (tobrex)	c	pomad	oftalmik il.	Alcon	yabancı
Transamine® 500 mg 50 tablel	 (transamine)	a-b	tablel	anlihemorajikler	Fako	yerli
Travatan® 2.5 ml oftalmik solüsyon	 (travatan)	c	damla	oftalmik il.	Alcon	yabancı
Tretin® 30 g Krem	 (tretin)	a	krem	akne tedavisinde kull. il.	Akur	yabancı
Trio 6 x 14 Tedavi Paketi	 (trio deva)	a-b	tablel-kapsül	ülser tedavisinde kull. il., antibakteriyel il.	Deva	yerli
Tylo® 500 20 tablel	 (tylo)	a	tablel	analjezikler	Nobel	yerli
Tylo® Cold 100 ml süspansiyon	 (tylo cold)	a	şurup	analjezikler, nazal dekonjestanlar, öksürük ve soğuk algınlığı il.	Nobel	yerli

Tylo® Hot 500 mg 12 şaşe	 (tylo hot)	a	şaşe	analjezikler, nazal dekonjestanlar, öksürük ve soğuk algınlığı il.	Nobel	yerli
Tylo® Ped. 120/5 100 ml şurup	 (tylo süsp)	a	süspansiyon	analjezikler	Nobel	yerli
Vasocard® 5 mg tablet	 (vasocard)	a	tablet	antihipertansifler	Fako	yerli
Venegis XR 37.5 mg 28 kapsül	 (venegis xr 37.5 mg)	a	kapsül	antidepresanlar	EGIS	yabancı
Venegis XR 75 mg 28 kapsül	 (venegis xr 75 mg)	a	kapsül	antidepresanlar	EGIS	yabancı
Vexol® 5 ml oftalmik solüsyon	 (velox)	a	damla	oftalmik il.	Alcon	yabancı
Vfend® 200 mg 14 film kaplı tablet	 (vfend 200 mg)	a	tablet	antifungal il.	Pfizer	yabancı
Vfend® IV 200 mg 1 flakon	 (kvfend 200 mg)	a	flakon	antifungal il.	Pfizer	yabancı
Viagra® 100 mg 4 tablet	 (viagra 100 mg)	a	tablet	genito-üriner hastalıklar- da kull. il.	Pfizer	yabancı
Vigamox® oftalmik solüsyon	 (vigomax)	a	damla	oftalmik il.	Alcon	yabancı

Zedprex® 20 mg 16 kapsül	 (zedprex 20 mg)	a	kapsül	antidepresanlar	Adeka	yerli
Zedprex® 20 mg 24 kapsül	 (zedprex 20 mg)	a	kapsül	antidepresanlar	Adeka	yerli
Zeldox® 20 mg 56 kapsül	 (zeldox 20 mg)	a	kapsül	antipsikotik il.	Pfizer	yabancı
Zeldox® 40 mg 56 kapsül	 (zeldox 40 mg)	a	kapsül	antipsikotik il.	Pfizer	yabancı
Zitromax 200 mg/5 ml süspansiyon	 (zitromax 200 mg/5 ml)	a	süspansiyon	antibakteriyel il.	Pfizer	yabancı
Zyprexa® 10 mg 28 tablet	 (zyprexa 10 mg)	a	tablet	antipsikotik il.	Lilly	yabancı
Zyprexa® 5 mg 28 tablet	 (zyprexa 5 mg)	a	tablet	antipsikotik il.	Lilly	yabancı
Zyprexa® Velotab 10 mg ağızda dağılılabılır tablet	 (zyprexa velotab 10 mg)	a	tablet	antipsikotik il.	Lilly	yabancı
Zyprexa® Velotab 5 mg ağızda dağılılabılır tablet	 (zyprexa velotab 5 mg)	a	tablet	antipsikotik il.	Lilly	yabancı
Zyrtec® 20 film tablet	 (zyrtec)	a	tablet	antihistaminikler	UCB	yabancı

Zyrtec® 200 ml şurup	 (zyrtec)	a	şurup	antihistaminikler	UCB	yabancı
----------------------	---	---	-------	-------------------	-----	---------

ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı	:	Halil
Soyadı	:	Tekiner
Doğum yeri ve tarihi	:	Kayseri, 14 Haziran 1983
Uyruğu	:	T.C.
İletişim adresi ve telefonu	:	Yoğunburç Eczanesi, Talas Cad. 39/B Melikgazi 38030 Kayseri 0 (352) 221 00 06
E-posta	:	haliltekiner@gmail.com

II- Eğitimi

2006-2010	:	A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Eczacılık İşletmeciliği A.D. Doktora Programı
2004-2006	:	A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Eczacılık İşletmeciliği A.D. Yüksek Lisans Programı
2000-2004	:	A.Ü. Eczacılık Fakültesi Lisans Programı
1997-2000	:	Kayseri Fen Lisesi
1994-1997	:	N.M. Baldöktü Anadolu Lisesi
1989-1994	:	TED Kayseri Koleji

III- Ünvanları

2006	:	Eczacılık İşletmeciliği Bilim Uzmanı
2004	:	Eczacı

IV- Mesleki Deneyimi

2004'ten beri	:	Yoğunburç Eczanesi sahip ve mesul müdürü
2004'ten beri	:	İrem Ecza Deposu yönetim kurulu başkanı
2008-2009	:	Dünya Eczacılık Federasyonu Genç Eczacılar Birliği yönetim kurulu üyesi

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

British Society for the History of Pharmacy (BSHP)
 Deutsche Gesellschaft für Geschichte der Pharmazie (DGGP)
 International Pharmaceutical Federation (FIP)
 Soci  t   d'Histoire de la Pharmacie (SHP)
 Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu (TKASK)

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Eczacılık hizmetleri, eczacılık mevzuatı ve eczacılık tarihi

Yayınları

1. Tekiner, H. (2010). Joseph Haydn'ın Lo Speziale (Eczacı) operası. *Andante*. **(50)**: 68-71.
2. Tekiner, H. (2009). Community pharmacy in Turkey. *Pharmanext*. **2(2)**: 24-25.
3.   z  elikay, G., Tekiner, H. (2009). *Türk Eczacılık Tarihi Bibliyografyası   zerine Bir Deneme (1927-2008) – A Bibliographical Essay on the History of Pharmacy in Turkey (1927-2008)*. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
4. Tekiner, H. (2008). Lives devoted to the history of pharmacy in Turkey. *Geschichte der Pharmazie*. **(4)**: 79-82.
5.   z  elikay, G., Tekiner, H. (2007). *Türkiye'de Eczacılık İnsan Gücünün Değerlendirilmesi ve Eczane Dağılımları*. Türk Eczacıları Birliği Eczacılık Akademisi Yayınları, Ankara: Mattek Matbaacılık.
6. Tekiner, H. (2007). Türkiye'de eczane sayısında sınırlandırmanın tarihi. *TEB Haberler*. **(1)**: 20-22.
7. Tekiner, H. (2006). A brief history of the British Pharmacy in Istanbul. *Pharm Hist*. **36(4)**: 64-67.
8. Tekiner, H. (2006). *Gevher Nesibe Darüşşifası – Ortaçağda   nc   Bir Tıp Kurumu*. Kayseri Eczacı Odası Yayınları, Ankara: Kalkan Matbaası.
9. Tekiner, H., şar, S. (2006). Kayseri'de eczane sahibi ilk kadın eczacılar ve eczacılığa yaptıkları katkılar. *Gevher Nesibe Darüşşifa'sının 800. Kuruluş Yılı Anısına XXIV. Gevher Nesibe Tıp Günleri - IX. Türk Tıp Tarihi Kongresi Bildirileri*. Ed. E. Kahya, S. şar, A. Ata  , M. Mazıcıoğlu. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara. s. 467-477.
10. Tekiner, H. (2005). Eczacılıkta yeni bir dönem: E-reçete. *Bilim ve Teknik Dergisi*. **(451)**: 28-30.
11. Tekiner, H. (2005). *Kayseri Eczacılık Tarihi*. Türk Eczacıları Birliği Yayınları, Ankara: Fersa Matbaası.

VII- Bilimsel Etkinlikleri

Ödüller

1. Altı Nokta Körler Derneği Hizmet Ödülü (2010)
2. Eczacı Hamdi Bey Eczacılık Tarihi Ödülü (2010)
3. 39. Uluslararası Eczacılık Tarihi Kongresi (16-19 Eylül 2009, Viyana) En İyi İkinci Poster Ödülü (2009)
4. Dünya Eczacılık Federasyonu (FIP) Yılın Muhabiri Ödülü (2006)
5. Türk Eczacıları Birliği Eczacılık Akademisi Jüri Özel Ödülü (2006)
6. Eczacılık Öğrencileri Teşvik Ödülü (Birincilik) (2004)

Verdiği Konferans ve Seminerler

1. Keyifli Bir Uğraş Alanı: Eczacılık Tarihi. Eskişehir: 21 Mayıs 2010, 3. Her Yönüyle Eczacılık Sempozyumu, Anadolu Üniversitesi
2. Pharmacy in Turkish Art. Marburg: 18 Kasım 2009, Philipps Universität Institut für Geschichte der Pharmazie
3. Eczacılık Hizmetlerinde İletişim. Kayseri: 14 Mayıs 2008, Türk Eczacılık Günü Etkinlikleri Kayseri Eczacı Odası
4. Uluslararası Eczacılık Öğrencileri Birlikleri. Kayseri: 7 Mayıs 2008, Erciyes Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
5. Türk Eczacılık Tarihi Araştırmaları. Eskişehir: 17 Nisan 2008, Anadolu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
6. Türkiye’de Eczane İşletmeciliği ve FIP Genç Eczacılar Birliği. Mersin: 15 Şubat 2008, Mersin Üniversitesi
7. Les pharmacopées turques de langue française. Paris: 8 Aralık 2007, Assemblée Générale de la Société d’Histoire de la Pharmacie
8. Türkiye’de Eczacılık İşletmeciliği. Ankara: 16 Kasım 2007, Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
9. Türkiye’de Eczane Eczacılığı Gerçeği ve Yedi Yıldızlı Eczacılık Kavramı. İstanbul: 3 Mayıs 2007, Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
10. Gevher Nesibe Dar’us-sifasi – A Pioneer Medical Institution in the Medieval Ages. Bath: 28 April 2006. 39. Spring Conference of the British Society for the History of Pharmacy