

**T.C
TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL
ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM
DALI**

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Eda ÇELİK GÜZEL

**AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN
BİREYLERDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE
ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

(Uzmanlık Tezi)

Dr. MEHMET KİRİŞ

TEKİRDAĞ - 2022

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile eğitimime katkıda bulunan, desteklerini esirgemeyen tez danışmanı değerli sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Eda ÇELİK GÜZEL'e ve bu süreçte destekleri ile yanımda olan değerli sayın hocam Dr. Öğr. Üyesi Aydan ÇEVİK VAROL'a, eğitim süresince birlikte çalıştığım sevgili çalışma arkadaşlarıma, bugünlere gelmemde sonsuz emekleri olan değerli aileme ve beni her zaman destekleyen sevgili eşim Açelya GÜLER KİRİŞ'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Mehmet KİRİŞ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGE VE KISALTMALAR.....	iv
TABLolar DİZİNİ.....	v
GİRİŞ VE AMAÇ	1
GENEL BİLGİLER.....	3
İLAC.....	3
İlaç Kavramı.....	3
İlaç Tüketimi ve Önemi.....	3
AKILCI İLAC KULLANIMI.....	4
Akılcı İlaç Kullanımı Kavramı.....	4
K-İlaç Kavramı.....	5
Akılcı İlaç Kullanımı İlkeleri.....	5
Akılcı Reçete Yazma Süreci.....	7
Akılcı İlaç Kullanımında Sorumluluk Sahibi Taraflar.....	8
Dünyada Akılcı İlaç Kullanımı.....	11
Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı.....	12
Aile Hekimliği ve Akılcı İlaç Kullanımı.....	13
AKILCI OLMAYAN İLAC KULLANIMI.....	13
Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Sebepleri.....	14
Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı Sonuçları.....	15
GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	16
BULGULAR.....	18
TARTIŞMA.....	26
SONUÇLAR.....	32
ÖZET	34
SUMMARY	35
KAYNAKLAR.....	37
EKLER	39

SİMGE VE KISALTMALAR

AİK	Akılcı İlaç Kullanımı
AOİK	Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı
DSÖ (WHO)	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
TTB	Türk Tabipleri Birliği
INRUD	Uluslararası Akılcı İlaç Kullanımı Ağı
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
AİKŞM	Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü
TİTCK	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
ASM	Aile Sağlığı Merkezi

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Tablo 2: Katılımcıların kronik hastalık ve ilaç kullanma durumlarının dağılımı

Tablo 3: Katılımcıların Akılcı ilaç kullanımı ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı

Tablo 4: Katılımcıların ölçek kestirim puanına göre akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin dağılımı

Tablo 5: Katılımcılara ilişkin ölçek puanının dağılımı

Tablo 6: Ölçeğe ilişkin güvenilirlik katsayısının incelenmesi

Tablo 7: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Tablo 8: Hasta bulgularına göre Akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması

GİRİŞ VE AMAÇ

Akılcı ilaç kullanımı (AİK), hastaların bulgu ve semptomlarına uygun ilaçları, bireyin özelliklerine göre, bireylerin gereksinimlerini karşılamaya yetecek en küçük miktarlarda, uygun süre boyunca almaları, ayrıca kişi ve devlet adına asgari maliyette olanı tercih etmeleri anlamına da gelmektedir (1).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) ise ilaçların yukarıda tanımlanan akılcı kullanıma uygun olmayan şekilde kullanılmasıdır. İlaçların reçete edilmeleri incelendiğinde ise tüm dünyadaki reçetelerin yarısından fazlasında ilaçlar hatalı yazılmakta, satılmakta ya da dağıtılmaktadır. İlaç kullanımları göz önüne alındığında ise kişilerin yarısı ilaçlarını uygun şekilde kullanamamaktadır. Ayrıca, dünyadaki her üç insandan biri temel ilaçlara erişememektedir (2).

İlaca erişimi olan kişiler bile, ihtiyaç halinde kendisine uygun ilacı bireysel özelliklerine uygun dozda alamayabilir. Birçok kişi, gereksinimlerine uygun olmayan ilaçları satın alır veya doktorlar tarafından reçete edilir. Bazı kişiler, sadece bir ilacın yapabileceği etki için birden fazla ilaç kullanır. Diğerleri gereksiz riskler taşıyan ilaçlar kullanır (3).

Hastaların ve hekimlerin bilgi eksikliği, tıp fakültelerindeki eğitim ve öğretimdeki yetersizlikler ve hatalar, tanı koymada yaşanan güçlükler, hastalar ve sağlık çalışanları arasında yaşanan iletişim eksikliği, hastaların ilaç yazdırma istekleri, sağlık sektöründeki yasal düzenlemelerin yetersiz ve hatalı oluşu, kusurlu ilaç arz sistemleri ve ilaç firmaları tarafından yapılan tanıtım faaliyetleri AOİK'in sebepleri olarak sayılabilir (4).

Akılca olmayan ilaç kullanımı gereksiz Őekilde tedavi sűresini uzatabilir, hatta hastalığa ve ağrıya neden olabilir (3).

Akılca olmayan ilaç kullanımının önemli sonuçlarından bir tanesi de tedavinin sosyal ve ekonomik boyutlarının artmasıdır. İlaçla yapılan tedavi kalitesinin dűşmesi sonucu mortalite ve morbiditede artışa yol aması, ilaçların yan etki riskinin artması, temel ve acil ilaçlara karŐı gelişebilecek direnç ve daha sonrasında ortaya çıkabilecek sorunların giderilmesi için yapılan műdahaleler tedavi giderlerinin daha da yűkselmesine sebep olur. Sağlık alıŐanlarının akılca ilaç kullanımının gereklerine uygun davranması ile birlikte ilaçla ilgili sağlık harcamalarının azalması ekonomik kayıplarının nlenmesine yardımcı olur (5).

Bu çalıŐmada aile hekimliği polikliniğimize baŐvuran yetiŐkin hastaların AİK konusundaki bilgi dűzeylerini belirlemek ve AİK'i etkileyen faktörleri tespit etmek amaçlanmıŐtır.

GENEL BİLGİLER

İLAÇ

İlaç Tanımı

Dünya Sağlık Örgütü ilacı “patolojik durumları ve fizyolojik sistemleri, alan kişinin yararına değiştirilmesi veya incelenmesi amacıyla kullanılan veya kullanılması düşünülen ürün veya madde” olarak tanımlar. Yani ilacın rolü, hastalıklardan korunmak için veya hastalık durumlarında insanın yararına olmak amacı ile kullanımındır (6).

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ise ilacı, insanlardaki hastalık durumunu tedavi edici veya engelleyici niteliklere sahip olarak sunulan immünolojik, farmakolojik veya metabolik etki göstererek vücuttaki fizyolojik fonksiyonları düzeltmek, değiştirmek, iyileştirmek veya tanı koymak amacı ile insanlara uygulanan veya insanlarda kullanılan madde veya maddeler kombinasyonu şeklinde tanımlamıştır (7).

İlaç Tüketimi ve Önemi

Tıpta tanı ve tedavi seçeneklerinin artması ve gelişmesi ile son zamanlarda daha fazla sayıda ilaç kullanılmaya başlanılmıştır. Kullanılan ilaçların çeşidinde ve sayısında hızlı bir artış olmuştur. Bu durum ilaçların öneminin git gide artmasına yol açmıştır. İlaç devrimi ve tedavide alternatif seçeneklerin ortaya çıkması ile büyük halk nüfuslarının sağlık hizmetlerinden yararlanması, ilaçlara olan talebi ve bununla birlikte ilaç kullanımını da hızlandırmıştır (8).

İlaç, doğru kullanımında alan kişinin sağlığını ve yaşamını tehdit eden olumsuzlukları giderebilirken, doğru kullanılmadığı takdirde alan kişinin yaşamını sonlandırabilen bir etken olması nedeniyle, insan sağlığı ve toplum sağlığı açısından çok önemli bir rolü vardır. İlacın, hem koruyucu hem de tedavi edici özelliklerinin aksine kullanan kişide istenmeyen etki ortaya çıkarabileceği unutulmamalıdır. Sağlık harcamalarında büyük bir pay sahibi olması da bu konunun önemini arttırmaktadır. Bu nedenle bütün dünyada, sağlık çalışanları etkisi olmayan, maliyeti yüksek, gereksiz ve yanlış ilaç kullanımı konusunda bilinçlendirilmelidir (9).

Rönesans devri bilim insanlarından olan Paracelsus (M.S. 1493-1541), "Bütün maddeler zehirdir, zehir olmayan hiçbir madde yoktur. Zehirle ilacı birbirinden ayıran onun dozudur" şeklindeki anlayışı ile ilk kez biyolojik etkide doz-cevap ilişkisinin önemini vurgulamış ve toksikolojinin en önemli konularından birine parmak basmıştır (10).

İlaçlar hastalıklardan korunma ve hastalıklarla mücadelede en önemli silahımız olmakla beraber kişilerin kullanacağı ilaç dozları farklı miktarlarda olabilir. Bir kişinin sağlık durumu ilaç kullanma sıklığını ve miktarını belirleyen temel etkenlerdendir (5).

AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Akılcı İlaç Kullanımı Kavramı

Akılcı ilaç kullanımı (AİK), hastaların klinik bulgu ve semptomlarına uygun ilaçları, bireyin özelliklerine göre, bireylerin gereksinimlerini karşılamaya yetecek en küçük dozlarda, yeterli süre boyunca almaları, ayrıca kişi ve toplum adına asgari maliyette almaları anlamına da gelmektedir (1).

Bu açıdan AİK’i; doğru tanı ve tedavi yönteminin belirlenmesi koşulu ile, en etkili, en güvenilir, hastaya en uygun (doz kısıtlamasına gidilmesi gereken böbrek, karaciğer yetmezliği, hamilelik, pediatrik ve geriatric hastalar ve diyabet, kronik tansiyon hastaları gibi durumlarda güvenle kullanılabilir), her hastaya özgü ilacın belirlenmesi ve son olarak maliyeti en düşük ilacın belirlenmesi olarak yorumlamak mümkündür (11).

Akılcı ilaç kullanımı hekim, hasta, eczacı ve hemşire gibi tedavi sürecinde rol oynayan meslekleri içermektedir (12). Bununla birlikte ilaçların akılcı kullanımını, hasta bakış açısından da düşünmek gerekir. Hasta tarafından akılcı olarak kabul edilen, tıbbi açıdan akılcı kabul edilmeyebilir veya bunun zıttı da mümkündür. Bu nedenle AİK’in bütüncül bir bakış açısı ile yani hem tıbbi hem de hasta perspektifleri açısından anlaşılması önemli bir konudur (13).

Akılcı ilaç kullanımı, hastanın şikayetinin dinlenilmesi, hastalığının dikkatli bir şekilde tanımlanması, tedavi amacının belirlenmesi ve tedavi alternatifleri arasından etkinliği kanıtlanmış ve güvenilirliği en yüksek olan tedavinin belirlenip seçilmesi, daha sonra da hasta için en uygun ilaçların reçete edilip, hastaya anlaşılır bir şekilde bilgi verilerek tedaviye başlanması, tedavinin hasta üzerindeki etkilerinin gözlenmesi ve tedavi sonrasında değerlendirilmesini içeren sistematik bir yaklaşımdır. Bu süreçte var olan seçenekler içinde en uygun ilaç dışı tedavi ya da ilaç tedavisinin belirlenmesi, doğru ve anlaşılır bilgilendirme yapılması ve hasta katılımının teşvik edilmesi esastır (14).

Akılcı ilaç kullanımı, ilaçlarla ilgili eksiksiz ve doğru bilgiye sahip olma ile yakından ilişkilidir. Bunun yanında, hekim tarafından reçete edilen ya da uygulanan ilaçla tedavinin güvenli, etkili ve düşük maliyetli bir şekilde tedarik edilmesine ve uygulanmasına imkan sağlayan bir süreçtir. Bu sebeplerden ötürü ilaçlarla ilgili tam, objektif, güncel ve ulaşılabilir bilgi bu süreçte rol oynayan tüm taraflara sağlanmalıdır. Akılcı davranış sergilenebilmesi için süreç içerisinde bütün tarafların iyi niyetli olması ve ilaçlar hakkındaki bilgi ve beceri düzeylerinin yeterli seviyelerde olması gerekmektedir. Bu süreçte başarı sağlanabilmesi için akılcı davranması gereken taraflar hekim ve eczacılar başta olmak üzere diğer tüm sağlık personelleri, devlet, toplum ve ilaç endüstrisidir (15).

K-ilaç Kavramı

Kişisel ilaçlar (K-ilaç), hekimin düzenli olarak reçete etmek için seçtiği ve aşına olduğu ilaçlardır. Endikasyonlar için öncelikli tercihlerdir. K-ilaç kavramı, sadece bir farmakolojik maddenin adından daha fazlasıdır. Aynı zamanda ilacın dozunu, tedavi süresini ve nasıl kullanılacağını da içerir (16).

K-ilaçlar, ilaçların bulunabilirliği ve maliyeti, temel ilaç listeleri, tıbbi bilgi ve kültürlerin bireysel yorumlanması nedeniyle hekimler arasında değişiklik göstermektedir. Ancak, genel kural evrensel olarak geçerliliğini korumaktadır. K-ilaçlar, günlük pratikte iyi bir ilaç için tekrar tekrar yapılan aramalardan kaçınmayı sağlar. K-ilaçlar düzenli olarak kullanıldıkça, etkileri ve yan etkileri, hastaya bariz faydaları, iyi bir şekilde öğrenilir (16).

Akılcı İlaç Kullanımı İlkeleri

Akılcı ilaç kullanımı ve akılcı reçete yazma sürecinin temel ilkelerine baktığımızda; öncelikli olarak hastanın sorunu tanımlanmalı ve tedavi amaçları belirlenmelidir. Daha sonra "İlaç tedavisi gerekiyor mu?" sorusunun cevabı verilmelidir. Her şikayet ilaç tedavisini

zorunlu kılmaz. İlaç tedavisi hastanın yaşam kalitesini artıracaksa, hastalığın tanısından emin olduktan sonra verilmelidir (17).

İlaç etkileşimi düşünülerek hastanın kullandığı ilaçlar, alkol ve sigara gibi alışkanlıkları sorgulanıp kayıt edilmelidir. Hastalığı tedavi edebilecek ilaç grupları belirlenip en etkin kişisel ilaç verilmelidir. Tedavide mümkün olduğu kadar az sayıda ve ilaç etkileşimleri, yan etki profili gibi özellikleri iyi bilinen ilaçlar tercih edilmelidir. Tedavi başlangıcında mümkünse düşük doz ile başlanıp hastanın yanıtına göre yavaş yavaş doz artırılmalı ve kişisel doz ayarlaması yapılmalıdır (17).

Hastanın tedaviye uyumunu kolaylaştırmak amacıyla ilaç tedavisi basitleştirilmeli, ilaç veya ilaçlar hakkında anlaşılır ve yeterli miktarda bilgi verilmelidir. Hastanın tedavisi düzenli olarak takip edilmeli, gereksiz ilaçlar uygun şekilde çıkarılarak, yeni ilaç gerekiyorsa hastaya uygun olanlardan eklenmelidir. Bahsi geçen bütün basamaklarda hasta ve hasta yakınları ile iyi bir iletişim kurularak gerekli açıklamalar yapılmalıdır (17).

Dünya Sağlık Örgütü hekimlere ilaç seçerken ve ilaç reçete ederken yardımcı olması amacı ile iyi reçete yazma rehberi oluşturmuştur. Bu rehberde ilaç seçimi yapılırken etkinlik, uygunluk, güvenilirlik ve maliyet ölçütlerine dikkat edilmesi gerektiği anlatılmaktadır (18).

1. Etkinlik: İlaç seçimi yapılırken tüm ilaç grupları içerisinde ilk ve en önemli ölçüt etkinliktir. İlacın farmakodinamik ve farmakokinetik özellikleri etkinlik kavramı içinde yer alır. Farmakodinamik ilacın vücutta organ ve dokular üzerinde nasıl etki yaptığını inceler. Farmakokinetik ilacın uygulama yeri, uygulanan dozu ile hedef dokudaki veya kandaki konsantrasyonu arasındaki ilişkiyi inceler. Tedavide farmakokinetik de en az farmakodinami kadar önemlidir (19).

2. Uygunluk: Uygunluk, hasta olan kişinin özellikleri ile ilgili bir kavramdır. Her hastanın ilacı kendine özel olarak belirlenmelidir. Her kişiye her ilaç uygun olmamaktadır. Hastanın tedavisi düzenlenirken bireyin özellikleri dikkate alınarak ilacın etken maddesi, tedavi süresi, dozajı ve ilacın uygulama yolunun uygun olup olmadığı saptanmalıdır.

Hastanın tedavisi verilirken mümkünse etkileri iyi bilinen ilaçlar tercih edilmelidir. Tedaviler uygun dozlarda başlanarak duruma göre yavaş bir şekilde doz artışına gidilmelidir. İlaçların doz ayarlaması yapılırken hastanın tedaviye yanıtına bakılmalıdır. Hastaların tedavi süreçleri düzenli olarak takip edilerek varsa gereksiz ilaçlar uygun bir şekilde tedaviden çıkartılmalıdır.

Yaşlı hastalar, çocuklar, hamileler, emziren kadınlar, ilaç alerjisi öyküsü bulunanlar, karaciğer veya böbrek yetmezliği bulunanlar tedavi esnasında dikkatli olunması gereken yüksek riskli gruplardır. Özellikle çocuklar ve organ yetmezliği olan hastalar için en uygun dozlar tercih edilmelidir. Ayrıca bazı ilaçlar için özel saklama şartları vardır. Hastaların bu şartlara uyum gösterip gösteremeyeceğine dikkat edilmelidir (19).

3. Güvenlik: Güvenlik ilacın yan etki profili ile ilgili bir kavramdır. İlaç hastaya reçete edilmeden önce, yan etkileri düşünülerek hastaya özel allerjik durumları da sorgulanmalı ve dikkate alınmalıdır. Dikkat edilmesi gereken anahtar nokta ilacın hastaya vereceği zararın yarara oranla göz ardı edilebilecek düzeyde olmasıdır.

Hastaların birden fazla hekim tarafından farklı hastalıkları için ilaç kullanması gereken durumlarda hekimler daha dikkatli olup hastanın kullandığı ilaçları sorgulamalıdır. Hastaların kullandığı ilaçlarının adlarını ve dozlarını biliyor olması büyük önem taşımaktadır (19).

4. Maliyet: Reçete edilen ilaçların sigorta ödemesi kapsamında olup olmamasına ya da hastanın kendisi tarafından karşılanmasına bakılmaksızın maliyeti sorgulanmalıdır. Hastalar zaman zaman en iyi olanı değil de sigorta ödemesi kapsamında olanı veya maliyeti en az olanı talep edebileceklerinden hekim, hastasının geri ödeme koşullarını ve sağlık sigortasının içeriğini iyi bilmelidir. Hekim ilacı seçerken sadece hastaya değil devlete olan maliyetine de dikkat etmelidir. (19).

Akılcı Reçete Yazma Süreci

Akılcı reçete yazma süreci altı aşamadan oluşmaktadır.

- 1. Hastanın probleminin tanımlanması:** Bu basamakta hastanın detaylı anamnezi alınıp fizik muayene ve gerekli ise tetkiklerinin yapılarak doğru tanının konulması gerekir. Dikkat etmemiz gereken nokta ise semptomların ya da bulguların değil buna sebep olan hastalığın tedavi edilmesidir.
- 2. Tedavi amaçlarının belirlenmesi:** Semptomun giderilmesi, bu semptoma neden olan hastalığın tedavisi ve nüksü engellemek için farklı tedaviler kullanılabileceği için amacın belirlenmesi gerekir.

3. **Kişisel tedavinin hastaya uygunluğunun değerlendirilmesi:** Verilecek tedavi hastanın yaşına, cinsiyetine, kilosuna, ek hastalıklarına, kullandığı diğer ilaçlara ve alerjilerine göre değişkenlik gösterebilir. Hasta için en uygun ilacın en uygun dozu belirlenmelidir.
4. **Tedaviye karar verildikten sonra hastaya başlanması:** Tedavinin etkinlik, uygunluk, güvenlik ve maliyetini değerlendirilerek hastaya başlanır veya reçete edilir.
5. **Hastaya gerekli bilgi, talimat ve uyarıların anlatılması:** Hastanın tedaviye uyumunu arttırmak için en önemli aşamalardan birisidir. Hastaya ilacın dozu, kullanım süresi, kullanma şekli, olası yan etkileri anlatılır. Hastaya ilacın nasıl kullanılacağını sorarak geri bildirim almak önemlidir.
6. **Tedavinin izlenmesi ve sonlandırılması:** Hastanın klinik durumuna göre tedavi uygun bir şekilde sonlandırılır. Hastanın semptomlarına iyileşme hali yok ise mevcut durum tekrar gözden geçirilir, hastanın ilaçları düzenli kullanıp kullanmadığı sorgulanır ve mevcut tedavide değişikliğe gidilebilir (20).

Akılcı İlaç Kullanımında Sorumluluk Sahibi Taraflar

Hekim, hemşire ve yardımcı sağlık personeli, eczacı, hasta ve hasta yakını, ilaç sektörü, düzenleyici otorite ve medya akılcı ilaç kullanımında sorumluluk sahibi taraflar olarak sayılabilir (21).

Hekimin sorumluluğu

Dünyanın çoğu ülkesi ile benzer şekilde Türkiye’de de reçete yazma yetkisi tıp fakültesinden mezun olmuş hekimlere verilmektedir. Bu yetki, veteriner hekimlere ve diş hekimlerine de verilmiş olup kendi alanlarıyla sınırlı olmak şartı ile reçete yazabilmektedirler. Bazı ülkelerde ise sınırlı sayıda ilaç/ürünü reçete etme yetkisi gerekli eğitimleri aldıktan sonra bazı sağlık mesleği mensuplarına da verilmektedir. Bütün ülkelerde kimlerin reçete yazabileceği, ilaçlarla ilgili hangi bilgilerin reçetede bulunması gerektiği ilaçların hangi tür reçeteye verilebileceği gibi konuların yazılı olduğu belli başlı yasal mevzuatlar bulunmaktadır (22).

Akılcı ilaç kullanımı süreci tanının doğru konulması ile başlar. Hastanın tanısı doğru bir şekilde konulduktan sonra tedavinin yanlış planlanması ve reçeteye yazılacak ilaçlarının seçiminin akılcı bir şekilde yapılamaması ciddi sorun ve sonuçlara yol açabilir. AİK ilkelerince hasta için uygun olan ilacın seçilememesi, yazılabilecek en az sayıdaki ilaç sayısının üstüne çıkılması ve polifarmasiden dolayı ilaç etkileşimi riskinin ortaya çıkması, hekimler tarafından sıkça yapılan hataların başında gelmektedir. Günümüzde insan vücudunda aynı etkiyi oluşturmak için geliştirilip kullanılan fazla sayıda ilaç bulunmaktadır. Ancak bu ilaçların kendi içlerinde biyoyararlanım, yan etki, toksisite ve maliyet açısından değişiklikler gösterdiği akıldan çıkarılmamalıdır. Türkiye’de hekimler, ilaç reçete ederken bütün bunları, hastanın kişisel özelliklerini ayrıca ülkenin ilaç ve sağlık politikalarını, Türk Tabipleri Birliği (TTB)’nin görüşlerini ve Sağlık Bakanlığı’nın ilaç kanunlarını da bilmeli ve bunları dikkate almalıdır. Bütün bunların göz önünde bulundurularak kanıta dayalı seçim yapmalı, hastaya veya hasta yakınına, reçete ettiği ilaçlarla ilgili gerekli bütün bilgileri anlaşılır bir şekilde anlatmalı, varsa hasta veya hasta yakınının sorularını cevaplandırmalıdır (23).

Hemşire ve yardımcı sağlık personelinin sorumluluğu

Akılcı ilaç kullanımının halk arasında yaygınlaştırılmasında hemşirelerin, ebelerin ve diğer sağlık personelinin de önemli sorumlulukları vardır. Bu sorumluluklar arasında kayıt ve takip, ilaçların korunarak saklanması, reçete ve istem alma, gerekli durumlarda hastalara ilaç uygulama, hastaları bazı ilaçların uygulama yöntemi hakkında bilgilendirme, hastalara gerektiğinde danışmanlık hizmeti verme ve atık yönetimi yer alır. Hemşirelerin, hastanede yatarak tedavi gören hastalara ilaç uygularken ve ayaktan tedavi görecektir hastaların reçetelerindeki ilaçlarla ilgili bilgilerini kontrol etmede ve pekiştirmede önemli sorumlulukları vardır. İlaçları kullanımında güvenlik kriterlerine uygun bir şekilde olup olmadığını kontrol etmek de hemşirelerin önemli bir sorumluluğudur. Sağlık kurumlarında çalışan hemşireler hasta ve hasta yakınları ile iletişim halinde olup, hasta ve hasta yakınlarına ilaçlar konusunda eğitim verip bu ilaçlar ile ilgili anlamadıkları bir konu olup olmadığını sorgulamalıdır. Hemşirelerin hastalara reçetesiz ilaç kullanıp kullanmadığını sorması gerekmektedir. Eğer hastalar reçetesiz ilaç kullanıyorsa ilaçlar ile etkileşime girebileceği ve mevcut hastalığını etkileyebileceği anlatılmalıdır. Hekimlerine danışmadan reçetesiz ilaç kullanmaması gerektiğini hastalarına aktarmalıdır. Tedavisinde kullandığı ilaçların saklanma koşulları hakkında ve tedavi sürecinin takibi hakkında bilgilendirme yapma ve bu konularda önemli

olan eğitimleri verip hastalara bu konularda kendilerine danışabileceklerini söylemelidirler. Bu sebeplerden ötürü hemşirelerin AİK sürecinde kamu adına çok önemli sorumlulukları bulunmaktadır. AİK'nin sağlanması amacı ile topluma eğitim verebilmek için bütün sağlık çalışanlarının kendi görevlerine uygun yeterli bilgi düzeylerine sahip olmaları gerekmektedir (24).

Eczacının sorumluluğu

Hastalara ilaç hazırlamak ve ilaçların hastalara verilmesi eczacıların yetkisidir. Eczacılar hastalara ilaçlarını verirken yanlış kullanmamaları için bilgilendirmelidir. Eczacı teknisyenlerinin veya eczacı kalfalarının ilaçlar konusunda hastaları bilgilendirme, ilaçları verme ve tarif etme yetkileri ve görevleri yoktur. Eczacı teknisyenleri veya eczacı kalfaları işyerini düzenlemek, ilaçları raflara dizmek, raflardan ilaçları almak gibi görevleri yerine getirebilir. Reçetesiz ya da reçeteli olarak satılan ilaçların hastaya verilmesi, reçetenin incelenmesi ve hastaların bilgilendirilmesi eczacının görevidir. Özellikler reçetesiz ilaçlar hekim kontrolünde olmayabileceğinden olası yan etki ve ilaç etkileşimleri konusunda hastaya detaylı bilgi vermek eczacının bir diğer görevidir. Eczacının hastalarla iletişimi doğrudan kurmaması bu görevi kalfaları aracılığı ile yapması AİK sürecinde istenmeyen sonuçlara neden olabilir. Eczanenin çalıştığı saatler boyunca eczacının aktif halde çalışıyor olması gerekmektedir. Eczacılar reçeteleri kontrol ettiklerinde olası yanlışlıkları fark edip bu reçeteyi yazan hekim ile birlikte hareket ederek düzeltilmesini sağlamalıdır. Reçetede ilaçları hastalara verirken ilacın saklanma şartlarını ve ilacın kullanımını önceden anlatılmış olsa bile bir kez daha anlatmalıdır. Bu sebepler AİK'de eczacıların yerini göz ardı edilemeyecek kadar önemli kılmaktadır (25,26).

Hastanın sorumluluğu

İlaçların akılcı tüketilmesi AİK konusunda topluma düşen sorumluluktur. Bu sorumluluk; toplumla kitle iletişimcileri ve sağlık çalışanları arasında paylaşılmaktadır. AİK'i ilgilendiren kararların verildiği bütün aşamalarda, yeterli seviyede ilaç bilgisine gereksinim duyulur. Burada gereksinim duyulan ilaç bilgisinin tarafsız, eksiksiz, güncel, doğru, kullanılabilir, erişilebilir ve sürekli geliştirilebilir olması gerekmektedir (27).

Akılcı ilaç kullanımında önemli bölümlerinden bir tanesi de hastanın ilacı kullanma alışkanlığı, tedaviye uyum göstermesi, bir diğer deyişle kendisine reçete edilen ilaçları önerilen dozlarda, önerilen süre boyunca, gün içerisinde kullanması gereken saatte ve

uyarılarına uygun biçimde kullanılmalıdır. Hasta bu sorumlulukları doğru bir şekilde yerine getirmemesi, tedavinin diğer kısımlarının verimliliğini de büyük ölçüde azalmaktadır (28).

Hekime danışılmadan ilaç kullanılması, başka kişilere ilaç tavsiyesinde bulunulması ve başkalarının tavsiye ettiği ilaçların kullanılması, evde ilaç depolayıp benzer şikâyetlerin ortaya çıktığı durumlarda evde mevcut olan ilaçların hekime danışılmadan kullanılması, eğer hekime başvurulmuşsa reçetede bulunan ilaçların alınmaması, uygun dozda ve hekimin önerdiği zaman boyunca kullanılıp bırakılmaması sık karşılaşılan ilaç kullanım sorunlarıdır (29).

Akılcı olmayan ilaç kullanımının sebeplerinin kaynağı olarak ekonomik durum, sosyokültürel durum, eğitim eksikliği ve düzenleyici ve yönetsel mekanizmalar sayılabilir. Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi ve yaş ile sağlık sorumluluğu seviyesinin doğru orantılı olduğu görülmüştür. Ayrıca, düşük gelir düzeyine sahip kişilerde, kırsal bölgelerde yaşayanlarda ve çalışmayanlarda reçeteyi vaktinde almama, hekimin önerdiği şekilde kullanmama, tedaviyi yarım bırakma, hekime danışmadan çevresinden ilaç tavsiyesi veya ilaç tedarik etme ve başkalarına ilaç verme gibi doğru olmayan ilaç kullanımı davranışlarının daha sık görüldüğü saptanmıştır (30).

Dünyada Akılcı İlaç Kullanımı

1985 yılında DSÖ tarafından AİK tanımı yapılmış ve daha sonra AİK'i yaymak için 1989 yılında uluslararası bir ağ (Uluslararası Akılcı İlaç Kullanımı Ağı-INRUD) kurulmuştur. Daha sonra sağlık hizmeti verilen merkezlerde ilaçların kullanımını araştırmak için "WHO/INRUD kriterleri" geliştirilmiştir. Bütün dünyada bu kriterleri kullanarak yapılan birçok çalışma, AİK hakkında önemli ipuçları sağlamıştır (31).

Dünya sağlık örgütü AİK'i yaygınlaştırmak ve teşvik etmek amacı ile on iki temel öneride bulunmuştur. Bunlar;

- Multidisipliner ulusal bir kurum kurularak ilaç kullanım politikalarını koordine etmek için yetkilendirilmesi,
- Klinik kılavuzlar,
- Tercih edilen tedavilere dayalı temel ilaçlar listesi,
- Belirli bölgelerde ve sağlık merkezlerinde ilaç ve tedavi komiteleri kurulması,
- Tıp fakültesi müfredatlarına probleme dayalı farmakoterapi eğitimi dersi konulması,
- Lisans gerekliliği olarak hizmet içi tıp eğitimine devam edilmesi,
- Gözetleme, denetleme ve geri bildirim yapılabilecek bir düzen kurulması,

- İlaçlar hakkında edinilen bilgilerin tarafsız olması,
- Halkın ilaçlar hakkında bilgilendirilmesi ve eğitilmesi,
- Uygun olmayan mali teşviklerin önüne geçilmesi,
- Uygun ve zorunlu yasal düzenlemelerin yapılması,
- İlaç ve personelin mevcudiyetinin devamlılığını sağlamak için yeterli devlet harcamasıdır (2).

Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı

Türkiye Cumhuriyeti’nde AİK’i ilgilendiren düzenlemeler, 1920’li yıllarda günlük hayata entegre edilmeye çalışılsa da yıllar içinde ilaç kullanımında hızla yaşanan değişimin gerisinde kalmıştır. İlaçla ilgili 1946 yılı kurumsal alt yapı, 1961 ve 1982 Anayasalarından sonra idari düzenlemeler ve bunları izleyen birkaç mevzuat iyileştirmesi yapılmış ve ilaçların akılcı kullanımına etkileri olmuştur. AİK’in kapsamı dikkate alındığında bu gelişmeler yeterli olamamıştır. AİK konusundaki alt yapı ve önemli eğitim eksiklikleri ile birlikte 2000’li yıllara yaklaşıırken Türkiye’de azımsanmayacak miktarda AOİK problemi yaşandığından söz edilebilir.

Türkiye’de AİK eğitimleri 1996 yılında uygulanmaya başlanmıştır. Başlangıçta probleme dayalı AİK eğitimi tıp fakültesi dönem 4 öğrencilerine staj programları içerisinde verilmeye başlanmıştır. Daha sonra tıp fakültelerinde bağımsız bir klinik staj olarak eğitimi verilmeye devam edilmiştir (32).

Türkiye DSÖ Avrupa Bölge Komitesi’nce kabul edilen “21. Yüzyılda 21 Hedef” kabul etmiş olup, bu hedefleri gerçekleştirmek amacı ile 2003 yılında “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nı(SDP) hayata geçirmiştir. SDP’nin sekiz adet temel maddesi bulunmaktadır (33).

“Akılcı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma” SDP’nin sekiz maddesinden biri olarak tanımlanmıştır. “İlaç, malzeme ve tıbbi cihazların standardizasyonu, ruhsatlandırması ve bunların akılcı yönetimi konularında uluslar arası normları yakalayacak kurumsal oluşumlara ihtiyaç vardır. Bu kurumların siyasal kaygı ve yaptırımlardan bağımsız, özerk kurumlar halinde örgütlenmesi sağlanacaktır” fikri hedeflenmiştir (34).

Sağlık Bakanlığı 2010 senesinde İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü kapsamında Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü’nü (AİKŞM) kurmuştur. AİKŞM’nin koordinasyonunda 81 ilde il temsilcilikleri kurulmuştur ve AİK konusundaki çalışmalara devam edilmiştir (35).

2 Kasım 2011’de Resmi Gazete’de yayımlanan kararname ile birlikte Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) kurulmuştur. TİTCK kurulmasının hemen ardından Mart

2012’de “Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Dairesi” kurulmuştur. 2014’de bu birime “Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Dairesi” denmesine karar verilmiştir (35).

Bu kapsamda AİK’i destekleyici faaliyetlerin uygulanmasında işbirliği ve koordinasyonun sağlanması amacı ile TİTCK Akılcı İlaç Kullanımı ve İlaç Tedarik Yönetimi Daire Başkanlığı tarafından “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017” hazırlanmıştır. Ayrıca, hekimler, sağlık çalışanları, eczacılar, ilaç endüstrisi ve toplum arasında AİK’e yönelik davranış değişikliğini teşvik etmeyi ve etkilenen tüm taraflar da dâhil olmak üzere AİK’e ilişkin bilgi ve farkındalığı artırmayı hedeflemektedir (36).

Aile Hekimliği ve Akılcı İlaç Kullanımı

Aile hekimliği, sağlık sistemi içinde genellikle ilk başvuru olan sağlık kuruluşudur, başvuran kişilere açık ve ücretsiz erişim sunar ve ilgili kişinin cinsiyeti, yaşı veya diğer özellikleri ne olursa olsun tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir (37).

Aile hekimliği, kayıtlı nüfusunu uzun süre takip edebilme, izlemelerini kolay yapabilme ve değerlendirme, yeterli zaman yönetimi ile tedaviyi düzenleme gibi avantajlara sahip olması nedeniyle AİK’in Türkiye’de yaygınlaşmasına önemli katkı sağlamaktadır. Türkiye’de günümüzde de hala hastalara verilen reçetelerin çoğu aile hekimleri tarafından yazılmaktadır. Bu da aile hekimlerinin AİK konusundaki önemini göstermektedir (38).

AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI

İlacın üretiminden başlayıp tüketimi ve atımı dahil olmak üzere bu süreçte doğrudan olma şartı aranmaksızın yapılan hatalar AOİK olarak adlandırılabilir. Bir AOİK sorunu olduğunda, hekimlerden eczacılara ve çalışanlarına, hemşirelerden sağlık ocağında çalışan diğer kişilere kadar mevcut bütün sağlık çalışanları sorumludur. Sağlık otoriteleri, sağlık kuruluşları, geri ödeme kuruluşları ve ilaç endüstrisi de ulusal düzeyde AOİK’den sorumlu tutulur. Bu sorumlu kişiler dışında en önemli sorumluluk topluma, daha genel olarak ilaç kullanan kişilere düşmektedir (39).

Akılcı Olmayan İlaç Kullanımının Sebepleri

Hekimlerden Kaynaklanan Sebepler

Hekimlerden kaynaklanan AOİK sebeplerinin başında hekimlerinin eğitimlerinin ve bilgilerinin yetersizliği gelmektedir. Bunun dışında hastaları yeteri kadar dinleyip iyi bir

anamnez almadan ilaç reçete etmek, endikasyonu olmadığı halde ilaç reçete etmek, ilaçların maliyetlerini düşünmeme düşünürken de sadece hastaya olan yükünü düşünerek ilacın devlete olan yükünü düşünmeme, bütün ilaçları bütün hekimlerin yazabileceği düşüncesi, yoğun iş yükünden dolayı hastalarına yeterli vakti ayıramama, hastalarına reçete ettiği ilaçla ilgili yeterli bilgi vermeme hekimlerden kaynaklanan sorunlardır.

Mezuniyet öncesi eğitimde alınan klinik farmakoloji derslerinin yetersiz olması ve hekimlerin mezuniyet sonrası dönemde bu eğitimlere devam etmemesi veya yoğun iş yükünden dolayı devam edememesi, geri ödeme kurumlarının çıkardığı kaynakları ve güncellemeleri takip etmemesi eğitim ve bilgi yetersizliğinin sebebi olarak gösterilebilir.

İlaç reçete ederken hastaların yaşı, cinsiyeti, kilosu, gebelik ya da emzirme durumu, kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar, ilaç alerjisi, alkol sigara kullanımının sorgulanmaması da hekimlerden kaynaklanan AOİK'e sebep olmaktadır (8,40).

Hastalardan Kaynaklanan Nedenler

Hastaların kullanacağı ilaçlar hakkında bilgi alma ve sunum kısmına yeterince özen göstermemeleri, ilaçla ilgili güvenilirlik endişeleri, ilaçları hekimden ya da eczaneden ilk elden değil de dolaylı olarak almaya çalışmaları, muadil ilaçlara karşı ön yargılı olmaları, ilaçları evde depolayıp sonrasında hekime danışmadan kullanmaları, reçetesiz ilaç kullanmaları, bitkisel ilaçları hekime danışmadan kullanmaları hastalardan kaynaklanan nedenler olarak gösterilebilir (40).

Eczacıdan Kaynaklanan Nedenler

Eczacıdan kaynaklanan sorunlarda da hekimlerde olduğu gibi mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim eksikliği başı çekmektedir. Eczacılık eğitiminde akılcı ilaç kullanımının arka planda kalması, lisans eğitimindeki eczane stajlarına yeterli önem verilmemesi veya yeterince fayda görülmemesi, yenilikleri takip edememe ve sonrasında yaşanan bilgilerin güncelliğini kaybetmesi durumu, meslek içi eğitimlerinin düzenlenmemesi, lisans eğitiminde edinilen bilgilerin pratikte kullanırken yaşanan zorluklar, bürokrasi ve geri ödeme kurumları ile yaşanan sorunlar ve sonucunda yaşanan heves kırıklığı eczacılardan kaynaklanan nedenler arasında gösterilebilir.

Hastanın tıbbi geçmişini ve kullandığı ilaçları sormamaları, hastaları ilaçlar konusunda bilgilendirirken yeterli zamanı ayıramamaları, reçeteleri yardımcı elemanların verip bilgilendirmeyi yapmaları, eczacıların eczanede bulunmamaları da diğer sorunlardır (40).

Akılı Olmayan İlaç Kullanımı Sonuçları

Akılı olmayana ilaç kullanımı sonucunda hem hasta sağlığı tehlikeye girebilir hem de devlete olan maliyet yükü istenmeyecek düzeylere çıkar. İlaç etkileşimleri nedeni ile istenmeyen sonuçların ortaya çıkması, hastaların tedaviye uyumunun bozulması, tedavi süre ve maliyetlerinin uzaması, hastalıkların nüksü, tedavi başarısızlıkları, maliyetlerin artmasıyla birlikte ilaç stoklarının azalıp bulunurluğun azalması, hastaların tedavilere olan güveninin azalması, bazı ilaçlara karşı bağımlılık gelişmesi AOİK sonuçları olarak gösterilebilir (41).



GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmamıza Aralık 2021 – Mart 2022 tarihleri arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne kontrol amaçlı veya bir şikayet üzerine başvuran 18 yaş ve üzeri gönüllü bireyler dahil edildi. 156 kadın ve 152 erkek olmak üzere toplamda 308 kişinin verileri analiz edildi. Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verilip onamları alındı. Etik kurul onayı Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulunun 28.12.2021 Tarihli 2021.292.12.15 sayılı kararı ile alınmıştır (Ek-1).

Katılımcıların araştırmaya dahil edilme ölçütleri;

- 18 yaş ve üzerinde olması
- Aile hekimliği polikliniğine başvurmuş olması
- Gönüllü olması

Araştırmadan hariç tutulma ölçütleri;

- 18 yaşından küçük olması
- Mental yeterliliğinin olmaması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmemesi

Gönüllü katılımcılara literatür taranarak hazırlanan 40 soruluk anket formu uygulanmıştır. Anket formunda hastaların sosyodemografik özellikleri, ilaç kullanım özellikleri, alışkanlıkları, kronik hastalıkları sorgulayan sorular ve 21 soruluk Akılcı ilaç kullanımı ölçeği bulunmaktadır.

Akılcı ilaç kullanımı ölçeği Demirtaş ve ark. tarafından basit ve hızlı bir şekilde uygulanmak üzere tasarlanıp 2018 yılında geçerlilik ve güvenilirliği alınan bir ölçektir. Ölçek

bireylerin AİK bilgi seviyelerini ölçmek için kullanılmaktadır. 21 sorudan oluşan bu ölçekteki her sorunun doğru, yanlış ve bilmiyorum seçenekleri mevcuttur. Ölçekte 10 adet doğru 11 adet yanlış önerme mevcuttur. Sorulara verilen doğru cevaplar 2 puan, bilmiyorum seçeneği 1 puan ve verilen yanlış cevaplar ise 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Ölçekteki 2, 5, 6, 9, 10, 13, 15, 16, 17, 19 ve 20 numaralı sorular ters önerme şeklinde sorulmuştur ve “yanlış” seçeneği 2 puan değerindedir. Ölçekten alınan puan arttıkça hastaların AİK bilgi seviyeleri de artmaktadır. Ölçekten en fazla 42 en az 0 puan alınmaktadır. Ölçekten alınan puanların kestirim değeri 34 olup 35 puan ve üzeri alan kişilerin akılcı ilaç kullanımı bilgisi yeterli olarak kabul edilmiştir (42).

İstatistiksel analizleri yapmak için SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için parametrik olmayan yöntemler kullanılmıştır. Parametrik olmayan yöntemlere uygun şekilde, iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri), bağımsız üç veya daha fazla grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Kruskal-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. Üç veya daha fazla grup için anlamlı fark çıkan değişkenlerin ikili karşılaştırmaları için Bonferroni düzeltmesi uygulanmıştır. Yapılan incelemelerde $p < 0,05$ olan bulgular istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalamasının $35,41 \pm 12,22$ (yıl) olduğu tespit edilmiş ve 117'sinin (%38,0) 25-34 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. 156 katılımcının (%50,6) kadın, 190'ının (%61,7) evli, 215'inin (%69,9) eğitim düzeyinin üniversite/üzeri ve 213'ünün (%69,2) çalıştığı belirlenmiştir. 273 katılımcının (%88,6) sosyal güvencesinin olduğu, 158'inin (%51,3) gelirinin giderine eşit olduğu, 193'ünün (%62,7) sigara kullanmadığı ve 234'ünün (%76,0) alkol kullanmadığı belirlenmiştir. 208 katılımcının (%67,6) şehir merkezinde yaşadığı, 223'ünün (%72,4) en yakın sağlık kuruluşunun yürüme mesafesinde olduğu ve 108'inin (%35,1) hastalıkta ilk başvuru merkezinin Devlet hastanesi olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Değişken (N=308)	n	%
Cinsiyet		
Kadın	156	50,6
Erkek	152	49,4
Yaş sınıfları [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 35,41 \pm 12,22$ (yıl)]		
18-24	58	18,8
25-34	117	38,0
35-44	69	22,4
45-54	36	11,7
55-64	23	7,5
≥ 65	5	1,6
Medeni durum		
Evli	190	61,7
Bekar	118	38,3
Eğitim düzeyi		
İlkokul	25	8,1
Ortaokul	14	4,5
Lise	54	17,5
Üniversite ve üzeri	215	69,9
Çalışma durumu		
Evet	213	69,2
Hayır	95	30,8
Sosyal güvence		
Var	273	88,6
Yok	35	11,4
Aylık kazanç		
Gelir giderden az	78	25,3
Gelir gidere eşit	158	51,3
Gelir giderden fazla	72	23,4
Sigara kullanma		
Evet	115	37,3
Hayır	193	62,7
Alkol kullanma		
Evet	74	24,0
Hayır	234	76,0
Yaşanan yer		
İlçe merkezi	87	28,2
Köy	11	3,6
Mahalle	1	0,3
Semt	1	0,3
Şehir merkezi	208	67,6
En yakın sağlık kuruluşu		
Yürüme mesafesinde	223	72,4
Tek araç mesafesinde	85	27,6
Hastalıkta ilk başvuru yapılacak yer		
Aile sağlığı merkezi	133	43,2
Devlet hastanesi	108	35,1
Özel hastane	46	14,9
Üniversite hastanesi	21	6,8

Katılımcılardan 261'inin (%84,7) vitamin-mineral kullanmadığı, 27'sinin (%7,4) günde bir kez vitamin-mineral kullandığı, 156'sının (%50,6) ağrı kesici kullanmadığı ve 48'inin (%31,6) haftada birkaç kez ağrı kesici kullandığı belirlenmiştir. 264 katılımcının (%85,7) mide koruyucu kullanmadığı, 231'inin (%75,0) kronik hastalığı olmadığı, 27'sinin (%35,1) HT olduğu, 65'inin (%84,4) kronik hastalığı için düzenli ilaç kullandığı, 73'ünün (%94,8) kronik hastalığı için takibinin olduğu ve 38'inin (%52,1) kronik hastalığı için Devlet hastanesine gittiği belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların kronik hastalık ve ilaç kullanma durumlarının dağılımı

Değişken (N=308)	n	%
Kronik hastalık varlığı		
Var	77	25,0
Yok	231	75,0
Kronik hastalığın adı*		
Akciğer hastalığı	12	15,6
Hipotiroidi	14	18,2
HT	27	35,1
DM	7	9,1
Kardiyak hastalık	7	9,1
Romatizmal hastalık	7	9,1
Hiperlipidemi	3	3,9
Diğer	18	23,4
Kronik hastalık için düzenli ilaç		
Evet	65	84,4
Hayır	12	15,6
Kronik hastalık için takip yapılan yer		
Aile sağlığı merkezi	16	21,9
Devlet hastanesi	38	52,1
Özel hastane	6	8,2
Üniversite hastanesi	13	17,8

*Soruya birden fazla cevap verilmiştir ve yüzdeler toplam örnek sayısına göre satır bazlı olarak belirlenmiştir.

Tablo 2(Devamı). Katılımcıların kronik hastalık ve ilaç kullanma durumlarının dağılımı

Değişken (N=308)	n	%
Vitamin-mineral kullanma		
Evet	47	15,3
Hayır	261	84,7
Vitamin-mineral kullanım sıklığı		
Günde bir kez	27	57,4
Haftada birkaç kez	6	12,8
Ayda birkaç kez	14	29,8
Ağrı kesici kullanma		
Evet	152	49,4
Hayır	156	50,6
Ağrı kesici kullanma sıklığı		
Günde bir kez	8	5,3
Haftada bir kez	24	15,7
Haftada birkaç kez	48	31,6
Ayda bir kez	14	9,2
Ayda birkaç kez	45	29,6
Yılda birkaç kez	13	8,6
Mide koruyucu kullanma		
Evet	44	14,3
Hayır	264	85,7

Katılımcıların %97,4'ü 4. önermeye doğru cevap vererek en yüksek yüzdeli doğru cevabı oluşturmuşlardır. Ölçekteki önermelerden en az doğru yapılan önermesi ise %45,4 ile 13. önerme olmuştur. Ölçekte yanlış cevaplanmayan önerme olmayıp en az yanlış yapılan önerme ise %0,3 ile 20. önerme olmuştur. Katılımcıların en fazla “bilmiyorum” yanıtını verdiği önerme ise %14,6 ile 21. önerme olmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Akılcı ilaç kullanımı ölçeğine verdikleri yanıtların dağılımı

Önermeler	Evet		Hayır		Bilmiyorum	
	n	%	n	%	n	%
1.Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.	281	91,2	17	5,5	10	3,3
2.Benzer şikayetleri olan bir yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.	34	11,0	256	83,1	18	5,9
3.Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığımızı doktor belirler.	300	97,4	6	1,9	2	0,7
4.İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.	298	96,8	2	0,6	8	2,6
5.Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.	11	3,6	280	90,9	17	5,5
6.İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.	30	9,8	272	88,3	6	1,9
7.İlaçların aç veya tok karnına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir.	247	80,2	39	12,7	22	7,1
8.İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.	262	85,1	40	13,0	6	1,9
9.Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.	78	25,3	186	60,4	44	14,3
10.Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.	25	8,1	264	85,7	19	6,2
11.İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.	298	96,8	6	1,9	4	1,3
12.Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.	296	96,1	2	0,7	10	3,2
13.Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.	125	40,6	140	45,4	43	14,0
14.İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.	278	90,3	25	8,1	5	1,6
15.Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.	10	3,2	277	89,9	21	6,9
16.Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.	20	6,5	245	79,5	43	14,0
17.İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.	2	0,6	299	97,1	7	2,3
18.Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.	287	93,2	16	5,2	5	1,6
19.Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.	7	2,3	277	89,9	24	7,8
20.Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.	1	0,3	292	94,8	15	4,9
21.Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.	252	81,8	11	3,6	45	14,6

Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ölçeğine verdiği cevaplar değerlendirilerek %82,8'inin akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin yeterli olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların ölçek kestirim puanına göre akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin dağılımı

		Kişi Sayısı(n)	Yüzde(%)
Ölçek Kestirim Puanı	≤34	53	17,2
	≥35	255	82,8

Katılımcıların ölçekteki önermelere verdiği cevaplara ilişkin bulgular tabloda verilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcılara ilişkin ölçek puanının dağılımı

Ölçek (N=308)	Ortalama	Standart sapma	Medyan	Min.	Max.
Akılcı ilaç kullanımı ölçeği	37,49	4,06	38,0	20,0	42,0

Katılımcıların ölçeklere verilen cevapların genel olarak yüksek güvenilirlikte olduğu Cronbach-a katsayısının 0,732 olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Ölçeğe ilişkin güvenilirlik katsayısının incelenmesi

Ölçek (N=308)	Madde sayısı	Cronbach- α katsayısı
Akılcı ilaç kullanımı ölçeği	21	0,732

Cinsiyete göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($Z=3,252$; $p=0,001$). Kadınların akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanları, erkeklere göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Eğitim düzeyine göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=10,039$; $p=0,018$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ilkokul mezunu olanlar ile üniversite/üzeri mezun olanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Eğitim düzeyi üniversite/üzeri olanların akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanları, ilkokul mezunu olanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 7).

Tablo 7. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre Akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=308)	n	Akılcı ilaç kullanımı ölçeği		İstatistiksel analiz* Olasılık
		$\bar{X} \pm S.S.$	Medyan [IQR]	
Cinsiyet				
Kadın	156	38,17±3,65	39,0 [3,0]	Z=-3,252
Erkek	152	36,80±4,36	38,0 [5,0]	p=0,001
Yaş sınıfları				
18-24	58	37,26±3,92	38,0 [2,3]	$\chi^2=2,749$ p=0,432
25-34	117	38,08±3,07	39,0 [4,0]	
35-44	69	37,67±4,14	38,0 [4,0]	
≥45	64	36,45±5,38	38,0 [6,0]	
Medeni durum				
Evli	190	37,49±4,21	38,0 [4,0]	Z=-0,588
Bekar	118	37,49±3,82	38,0 [3,3]	p=0,556
Eğitim düzeyi				
İlkokul ⁽¹⁾	25	34,88±6,52	36,0 [9,5]	$\chi^2=10,039$ p=0,018 [1-4]
Ortaokul ⁽²⁾	14	35,50±5,12	37,0 [6,8]	
Lise ⁽³⁾	54	36,94±4,02	38,0 [4,0]	
Üniversite ve üzeri ⁽⁴⁾	215	38,07±3,44	39,0 [4,0]	
Çalışma durumu				
Evet	213	37,76±3,84	39,0 [4,0]	Z=-1,726
Hayır	95	36,89±4,49	38,0 [4,0]	p=0,084
Sosyal güvence				
Var	273	37,49±4,14	38,0 [4,0]	Z=-0,565
Yok	35	37,49±3,48	38,0 [4,0]	p=0,572
Aylık kazanç				
Gelir giderden az	78	36,95±4,33	38,0 [3,3]	$\chi^2=4,262$ p=0,119
Gelir gidere eşit	158	37,51±4,01	38,0 [4,0]	
Gelir giderden fazla	72	38,04±3,85	39,0 [3,0]	
Sigara kullanma				
Evet	115	37,17±4,16	38,0 [4,0]	Z=-1,534
Hayır	193	37,68±4,00	39,0 [4,0]	p=0,125
Alkol kullanma				
Evet	74	37,31±4,12	38,0 [4,0]	Z=-0,668
Hayır	234	37,55±4,05	38,0 [4,0]	p=0,504
Yaşanan yer				
İlçe merkezi	87	37,13±4,50	38,0 [4,0]	$\chi^2=9,389$ p=0,009 [1,2-3]
Şehir merkezi	208	37,91±3,49	39,0 [4,0]	
Diğer	13	33,15±6,48	37,0 [11,5]	

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Yaş sınıflarına, medeni duruma, çalışma durumuna, sosyal güvenceye, aylık kazanca, sigara ve alkol kullanma durumuna göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur (p>0,05).

Yaşanan yere göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=9,389$; p=0,009). Anlamlı farkın hangi gruptan

kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ilçe ve şehir merkezinde yaşayanlar ile diğer yerlerde yaşayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. İlçe ve şehir merkezinde yaşayanların akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanları, diğer yerlerde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 7).

Tablo 8. Hasta bulgularına göre Akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının karşılaştırılması

Değişken (N=308)	n	Akılcı ilaç kullanımı ölçeği		İstatistiksel analiz* Olasılık
		$\bar{X} \pm S. S.$	Medyan [IQR]	
Sağlık kuruluşu				
Yürüme mesafesinde	223	37,86±3,51	39,0 [4,0]	Z=-1,656
Tek araç mesafesinde	85	36,51±5,14	38,0 [5,5]	p=0,098
Hastalıkta ilk başvuru				
Aile sağlığı merkezi	133	37,71±3,72	38,0 [4,0]	$\chi^2=4,750$ p=0,191
Devlet hastanesi	108	36,81±4,69	38,0 [4,0]	
Özel hastane	46	38,22±3,29	39,5 [4,0]	
Üniversite hastanesi	21	38,05±3,94	39,0 [2,5]	
Vitamin-mineral				
Evet	47	38,99±2,43	40,0 [2,0]	Z=-2,683
Hayır	261	37,23±4,24	38,0 [4,0]	p=0,007
Ağrı kesici kullanma				
Evet	152	37,74±3,88	39,0 [4,0]	Z=-1,195
Hayır	156	37,25±4,23	38,0 [4,0]	p=0,232
Mide koruyucu				
Evet	44	37,95±3,44	38,0 [5,8]	Z=-0,587
Hayır	264	37,42±4,16	38,0 [4,0]	p=0,557
Kronik hastalık				
Var	77	36,68±5,24	38,0 [6,0]	Z=-0,726
Yok	231	37,77±3,56	38,0 [4,0]	p=0,468
Hastalıkta düzenli ilaç				
Evet	65	36,54±5,49	38,0 [6,0]	Z=-0,042
Hayır	12	37,42±3,65	37,0 [7,0]	p=0,966

*Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında “Kruskall-Wallis H” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

Sağlık kuruluşuna mesafe, hastalıkta iş başvuru, ağrı kesici kullanma, mide koruyucu kullanma, kronik hastalık ve hastalık için düzenli ilaç kullanma durumuna göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Vitamin-mineral kullanma durumuna göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p=0,007$). Vitamin-mineral kullananların akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanları, vitamin-mineral kullanmayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 8).

TARTIŞMA

İlaçlar, insan sağlığına ve esenliğine önemli bir katkıda bulunur; hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde önemli bir noktadır. İlaçlara yapılan küresel harcama 2018'de 1,2 trilyon dolara ulaşmıştır ve 2023 yılına kadar 1,5 trilyon dolara aşması öngörülmektedir (43). Kaynakların git gide azaldığı dönemde sağlık harcamalarının hızlı bir şekilde artması endişe vermektedir. Sağlık kaynaklarının daha etkili kullanabilmesi AOİK'in önüne geçilmesi ile mümkün kılınabilir.

Namık Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri bireylerde AİK bilgi düzeylerini ve AİK ile ilişkilendirilebilecek etkenleri belirlemeyi amaçladığımız çalışmamızda katılımcıların %82,8'inin AİK bilgi düzeyleri yeterli, %17,2'sinin ise AİK bilgi düzeyleri yeterli değil şeklinde saptanmıştır. Konya ve Aydın ilinde yapılan ve AİK ölçeği kullanılan çalışmalarda da AİK bilgi düzeyleri yüksek bulunmuş fakat oran verilmediği için tam karşılaştırma yapılamamıştır (44,45).

Ülkemizde akılcı ilaç kullanımını ölçeği ile gerçekleştirilen diğer çalışmalarda ölçekteki önermeler ayrı ayrı incelendiğinde en az doğru yapılan 4 önermeden 3 tanesinin bizim çalışmamızla aynı olduğu gözlenmiştir (44,46,47). Bu önermeler;

- Bitkisel ürünler ilaçlar yerine kullanılabilir.
- Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.
- Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.

Bunların sebebi olarak bitkisel ürünlerin Sağlık Bakanlığı onayı olmadan çok kolay bir şekilde piyasaya çıkarılıp satılabilmeleri, televizyonda ve internette çok fazla reklamları olması, bitkisel ürünleri satan kişi veya firmaların halkı yeterince bilgilendirmemesi ve

reçetesiz alındıkları için hekime danışılmadan kullanılmaları düşünülebilir.

Diğer önermenin sebebi olarak da ülkemizde hekime ulaşmak çok kolay olduğu için hastalar tarafından şikayetleri geçmediği takdirde hemen ilacın bırakılıp tekrardan hekime başvurulduğu düşünülebilir. Yapılan bir çalışmada katılımcılara reçete edilen ilaçtan fayda görmediklerini düşündüklerinde ne yaptıkları sorulmuş ve katılımcıların %65,9'unun ilacı bırakıp herkime başvurdukları, sadece %28,4'ünün ilacı doktorun önerdiği süre boyunca kullandığı saptanmıştır (48).

Çalışmaya katılanların %50,6'sı kadınlardan oluşmaktadır. Kadın katılımcıların AİK ölçeğinden aldığı puan ortalaması $38,17 \pm 3,65$ iken erkek katılımcıların AİK ölçeğinden aldığı puan ortalaması $36,80 \pm 4,36$ saptanıp aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ercan ve Biçer'in (49) yaptığı çalışmada ve Lee ve ark. (50) Tayvan'da 2017 yılında yapmış olduğu çalışmada da kadınların erkeklere göre daha akılcıl ilaç kullandıkları saptanmıştır. Özyiğit ve Arıkan'ın (51) yaptığı çalışmada ise erkeklerin kadınlara oranla daha akılcıl ilaç kullandıkları saptanmıştır.

Araştırmaya dahil ettiğimiz grubun yaş ortalaması $35,41 \pm 12,22$ (yıl) olduğu tespit edilmiş ve %38,0'ının 25-34 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. AİK bilgi düzeylerini yaşlara göre karşılaştırdığımızda 25-34 yaş grubunun AİK ölçek puanı ortalaması $38,08 \pm 3,07$ olarak belirlenmiş ve diğer gruplara göre yüksek bulunmuştur. Fakat bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Loyola ve ark. (52) ve Bian ve ark. (53) yaptığı çalışmalarda insanların yaşlandıkça ilaç kullarımlarına daha çok dikkat ettikleri saptanmış ve genç bireylere göre daha akılcıl ilaç kullandıkları saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise yaş ilerledikçe akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyinin düştüğü saptanmıştır (46,54). Bizim çalışmamızda anlamlı fark bulunmamasının nedeni olarak bölge dinamikleri, katılımcıların eğitim seviyesinin yüksek olması ve yaşlı nüfusun az olması düşünülebilir.

Katılımcıların medeni durumlarına baktığımızda %61,7'si evli olarak saptanmıştır. AİK bilgi düzeylerini medeni durum grupları arasında karşılaştırdığımızda bekar olanlar ve evli olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Beggi ve Aşık'ın (47) yaptığı çalışmada evli kişilerin bekarlara kıyasla reçeteli ilaçlarını daha düzenli kullandığı, hastalandıklarında hekime daha fazla başvurdukları saptanmıştır. AİK ölçeği ile yapılan başka bir çalışmada ise bekar kişilerin AİK ölçek puan ortalamaları daha yüksek bulunup daha akılcıl ilaç kullandığı belirlenmiştir (55). Bizim çalışmamızdaki sonucun nedeni olarak çalışmamıza katılan evli grubunun da bekar grubunun da eğitim seviyesinin yüksek olması düşünülebilir.

Araştırma grubunun eğitim düzeylerini grupladığımızda %69,9'unun üniversite ve üzeri eğitim duruma sahip olduğunu görmekteyiz. AİK ölçek puanları ile eğitim gruplarını kıyasladığımızda ilkokul eğitim düzeyine sahip katılımcıların AİK ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması $34,88 \pm 6,52$ üniversite ve üzeri eğitim durumuna sahip olan katılımcıların AİK ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması $38,07 \pm 3,44$ bulunmuştur. Aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,018$). Ortaokul ve lise eğitim durumuna sahip olan katılımcılar ile diğer gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Ma ve ark. (56) Çin'de 540 hipertansiyon hastası üzerinde yaptığı çalışmada ilaç okuryazarlığının eğitim düzeyinin artması ile doğru orantılı olarak arttığını saptamıştır. Shi ve ark. (57) ise 12876 kişi ile geniş çaplı bir araştırma gerçekleştirmiş olup eğitim düzeyi ile bilgi seviyeleri arasındaki ilişkiyi çalışmamızla benzer şekilde bulmuşlardır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda da AİK bilgi düzeylerinin eğitim düzeylerinden etkilendiği görülmüştür (58,59).

Aile hekimliği polikliniğimize başvuran 18 yaş üstü katılımcıların %69,2'si çalışmakta idi. AİK bilgi düzeylerini çalışma durumlarına göre karşılaştırdığımızda çalışanların AİK ölçek puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Fakat aralarındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Katılımcılarımızın %88,6'sının sosyal güvencesi mevcuttur. Sosyal güvencesi olanlar ile olmayanlar arasında AİK bilgi düzeyleri arasında anlamlı istatistiksel fark bulunmamıştır. Araştırmamıza gönüllü olarak katılan 308 kişinin %25,3'ünün geliri giderinden az, %51,3'ünün geliri giderine denk ve %23,4'ünün geliri giderinden fazla olarak saptanmıştır. Bu gruplar ile AİK bilgi düzeylerini karşılaştırdığımızda gelir seviyesinin artması ile AİK ölçek puan ortalamaları artmaktadır. Ancak aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Aydın ve Manisa illerinde yapılan iki çalışmada ise geliri giderinden fazla olan ve geliri giderine denk olan kişilerin diğer kişilere göre daha akılcıl ilaç kullandıklarını belirlemiştir. Manisa'da yapılan çalışmaya göre sosyal güvencesi olan katılımcı grubunun olmayan gruba göre daha akılcıl ilaç kullandıkları saptanmıştır. Ülkemizde yapılan başka bir çalışmada ise istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (47,60,61). Çalışmamızdaki farklılık araştırma grubunun oran olarak büyük bir kısmının çalışıyor olması ve sosyoekonomik olarak yüksek bir bölgede yapılmasından kaynaklanmış olabilir.

Sigara ve alkol alışkanlıklarının AİK ile ilişkisini değerlendirmek amacı ile katılımcılarımıza sigara ve alkol kullanımlarını sorduk. Katılımcılarımızın %37,3'ünün sigara kullandığı ve %24,0'ının da alkol kullandıklarını belirledik. Yapılan AİK ölçek puanlarına

bakıp bu grupları sigara ve alkol kullanmayanlar ile karşılaştırdığımızda ortalama ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ülkemizde gerçekleştirilen iki farklı çalışmada sigara ve alkol kullanımının AİK'i etkileyip etkilemediği çalışılmış. Çıkan sonuçlara göre aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (62-63). Çıkan sonuçlar çalışmamızla uyumludur. Sigara ve alkolün ilaçlarla etkileşimi mümkün olduğu için hastaların bu konuda bilgilendirilmesi son derece önemlidir.

Çalışmamızdaki katılımcılardan 208 kişinin (%67,6) şehir merkezinde yaşadığı, 87 (%28,2) kişinin ilçe merkezinde yaşadığı tespit edilmiştir. Şehir merkezi ve ilçe nüfusunun bu kadar fazla olması çalışmamızı üniversite hastanesinde yapmış olmamızdan kaynaklanmış olabilir. Katılımcıların AİK ölçek puanlarını yaşadıkları yerlere göre değerlendirdiğimizde şehir merkezinde yaşayanlar ve ilçe merkezinde yaşayan kişiler ile diğer yerlerde yaşayanlar arasında anlamlı farklılık tespit edilmiş olup şehir merkezi ve ilçe merkezinde yaşayan katılımcıların AİK ölçek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. İlçe ve şehir merkezinde yaşayanların akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanları, diğer yerlerde yaşayanlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tokat ilinde yapılan bir çalışmaya göre şehirde ve ilçede ikamet eden kişilerin AİK ölçeği ortalama puanları köyde yaşayan kişilere göre daha yüksek saptanıp istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (47). Çinin güneybatısında yapılan bir çalışmada üniversite öğrencilerinin kırsal ya da kentsel olmak üzere nerede yaşadıkları sorulmuş ve buna göre akılcı ilaç kullanımları kıyaslanmıştır. Çıkan sonuçlara göre AİK bilgi düzeyleri ile yaşadıkları yer arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (64). Çalışmalar arasındaki farklılık kırsal kesimlerde yaşayan üniversite öğrencilerinin de eğitim seviyelerinin yüksek olması olarak düşünülebilir.

Katılımcılarımızın sağlık kuruluşlarına olan ulaşım kolaylıklarını sorguladığımızda 223 (%72,4) kişinin en yakın sağlık kuruluşuna yürüyerek gidebildiğini belirledik. Katılımcılarımızın hasta olduklarında ilk başvurdukları yeri sorduğumuzda ise 133 (%43,2) kişinin Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM), 108 (%35,1) kişinin ise devlet hastanelerine başvurduğunu belirledik. Çalışmanın üniversite hastanesinde yapılmış olmasının bu oranları etkileyebileceği göz ardı edilmemelidir.

Çalışmamızda ulaşım kolaylıklarının ve ilk başvuru noktalarının AİK bilgi düzeylerine etkisi olup olmadığını belirlemeyi amaçladık. Sağlık kuruluşuna yürüyerek gidenlerin ve tek araç ile gidenlerin AİK ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Aynı şekilde ilk başvuru noktalarına göre gruplayıp AİK ölçek puanlarını

karşılaştırdık. İlk başvuru noktaları ile AİK arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Kayseri’de 780 kişi ile yapılan bir çalışmada katılımcıların hastalandıklarında ilk hangi sağlık kuruluşuna başvurdukları sorgulanmıştır. Hastaların %55,6 oranında ilk olarak birinci basamak sağlık merkezlerine başvurdukları saptanmıştır. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar çıkmış olup hastalık durumunda ilk olarak ASM’ye başvurulduğu saptanmıştır (60,65).

Manisa’da yapılan bir çalışmaya göre hastaların kurum seçerken dikkate aldığı özellikler ikamet ettiği yere yakın olması, sosyal güvencesine uygun olması ve aldığı hizmetten memnun olmasıdır. Ülkemizdeki ASM sayısının artması ile birlikte çoğu insanın yürüme mesafesinde ulaşabileceği bir sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Bu durum ASM başvurularının artmasına ve ASM’de çalışan sağlık çalışanlarına AİK konusunda büyük bir sorumluluk yüklemektedir (66).

Katılımcılarımızın ağrı kesici, mide koruyucu ve vitamin veya mineral kullanım alışkanlıklarını sorguladık. 308 katılımcıdan 152 (%49,4) kişinin farklı periyodik aralıklarla olmak üzere ağrı kesici kullandığını, 44 (%14,3) kişinin mide koruyucu kullandığını ve 47 (%15,3) kişinin de vitamin veya mineral takviyesi kullandığını saptadık. Ağrı kesici ve mide koruyucu kullananlar ve kullanmayanlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde AİK ölçek puan ortalamalarını karşılaştırdığımızda istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır. Vitamin-mineral kullanma durumuna göre AİK ölçeği puanları karşılaştırıldığında vitamin veya mineral takviyesi kullananların AİK bilgi düzeyleri kullanmayanlara göre yüksek saptanmıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,007$).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada katılımcıların %93,5’i ağrı kesicileri, %36,2’si mide sindirim sistemi ilaçlarını ve %17,6’sı da vitamin mineral takviyelerini evinde bulundurduğunu beyan etmiştir (67). İran’da yapılan iki çalışmada da ülkemizde yapılan çalışmalara paralel olarak insanların ağrı kesici, mide ilaçları ve vitamin mineral takviyelerini evde sürekli bulundurup hekim kontrolü olmadan kullandıkları saptanmış (68,69).

Hastaların bu ilaç ve takviyeleri reçetesiz temin edebiliyor olmaları ve hekime danışmadan kullanmaları AOİK’a sebep olmaktadır. Vitamin ve mineral takviyelerinin internette ve televizyonda bolca reklamlarının yapılması ve Sağlık Bakanlığı onayı olmadan satılabilmeleri de AOİK’e neden olmaktadır.

Coşkun ve Turhan’ın (70) İstanbul’u sosyoekonomik olarak dört bölgeye ayırıp yaptıkları çalışmada katılımcıların vitamin kullanım alışkanlıklarını sorgulamışlar.

Çalışmalarının sonucunda sosyoekonomik düzeyi yüksek kişilerin daha fazla vitamin takviyesi kullandıklarını ve vitamin ile ilgili bilinç düzeylerinin yüksek olduğunu saptamışlardır. Çalışmamızda vitamin veya mineral takviyesi kullanan kişilerin AİK ölçek puan ortalamalarının kullanmayan gruba göre istatistiksel olarak yüksek olmasının sebebi sosyoekonomik düzeylerine bağlanabilir.

Akılcı ilaç kullanımının en fazla önem arz ettiği gruplardan biri kronik hastalığı olan kişilerdir. Bu kişilerde kronik hastalık sayısı arttıkça, ilaç etkileşimlerine, yan etkilere ve hastalıklarının tedavi edilemeyeşine sebep olabilir. Artan yaşla birlikte vücut fonksiyonlarında bozulmalar meydana gelmesi, kronik hastalık sayısının artması, polifarmasinin artması ve eğitim seviyesinin düşmesi bu grupta hekimlerin çok dikkatli ve hassas davranmasını gerektirir. Kronik hastalık sahibi olmanın ve düzenli ilaç kullanmanın AİK bilgi düzeylerini etkileyebileceğini düşünerek katılımcılarımızın kronik hastalık durumlarını sorguladık. 308 katılımcının 77'sinde (%25,0) kronik hastalık varlığını saptadık. Kronik hastalığı olan kişilerin 65'i (%84,4) düzenli ilaç kullanmakta idi. AİK ölçeği puan ortalamalarına baktığımızda ise kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Türk Geriatri Dergisi'nde yayınlanan kronik hastalığı olan 290 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastaların %19,7'sinin reçeteli ilaçlarının yanında reçetesiz ilaç da kullandığı ve bu ilaçların %84,3 oranında ağrı kesici olduğu saptanmıştır. Reçetesiz kullandığı ilaçları kimin tavsiyesi ile kullandıkları sorulduğunda ise %33,3'ü aile, %28,1'i komşular cevabını vermiştir. Beggi 2018 yılında yapmış olduğu çalışmasında katılımcıların hasta olduklarında ne yaptıklarını sorgulamış ve kronik hastalığa sahip olan bireylerin olmayan bireylere göre daha fazla oranda hekime başvurduğunu saptamıştır. Kronik hastalığı olan grubun olmayan gruba göre bitkisel tedavileri de daha fazla kullandığı saptamıştır ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (71,72).

SONUÇLAR

Yaptığımız çalışmada 18 yaş ve üzerindeki bireylerin AİK bilgi düzeylerini ve bunu etkileyen faktörleri belirleyip AOİK'i en aza indirmek için neler yapılabileceğini belirlemeyi amaçladık.

1. Çalışmamız 308 gönüllü katılımcı ile yapılmıştır. Katılımcılarımızın AİK ölçeği puan ortalaması 37,49 saptanmış olup, %82,8'inin AİK bilgi düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcılarımızın çoğunluğunu sosyoekonomik düzeyi yüksek kişilerin oluşturması ve polikliniğimize sağlık çalışanlarının başvurularının fazla olması bu oranı etkilemiş olabilir.
2. Katılımcılarımızın yaş ortalaması $35,41 \pm 12,22$ olarak belirlenmiştir. Yaş grupları arasında AİK bilgi düzeyleri için anlamlı fark bulunmamıştır. Çalışmamıza genç nüfusun yaşlı nüfusa oranla fazla katılmış olması bu sonucu etkilemiş olabilir.
3. Çalışmamızda kadınların AİK ölçek puanları erkeklere göre daha yüksek tespit edilmiştir.
4. Üniversite ve üzeri eğitim düzeyine sahip kişilerin ilkokul eğitim düzeyine sahip kişilere göre daha yüksek AİK ölçek puanlarına sahip oldukları saptanmıştır. Bunu eğitim düzeyinin artması ile sağlık okuryazarlığının artmasına bağlayabiliriz.
5. Şehir merkezinde ve ilçe merkezlerinde yaşayan insanların köy ve kasabalarda yaşayan insanlara göre AİK bilgi düzeyleri yüksek saptanmıştır. Eğitim seviyelerinin artması AİK'i arttırmakta ve hem sağlığı hem de devlete olan ilaç maliyet yükünü azaltmadır.

6. Vitamin veya mineral takviyesi alan kişilerde almayanlara göre AİK bilgi düzeyleri yüksek saptanmıştır.
7. Çalışmamızda bitkisel ürünlerin ilaçlar yerine kullanılabilceği ve tamamen zararsız olduğunu düşünenlerin sayısı diğer AOİK özelliklerine göre fazladır. İnsanlara özellikle de kronik hastalığı olan kişilere bu konuda yeterli eğitimin verilmesi gerekmektedir. Bitkisel ürünlerin “bitkisel ilaç” adı altında eczanelerde satılabilmesi için Sağlık Bakanlığı onaylı olması ve hastaların bu ürünleri temin etmeden hekimlerine danışmaları bu ürünlerin kontrollü bir şekilde tüketilmesini sağlayabilir.
8. Kişilerin %43,2’si hastalandıklarında ilk olarak ASM’ye başvurduğunu belirtmiştir. Bu veri de Aile Hekimlerine büyük sorumluluk yüklemektedir. Büyük bir özveri ile hastaları AİK konusunda eğitmek gerekir.
9. Devlet olarak da gerekli haber organlarını kullanarak halkı AİK konusunda eğitip bilgi vermek gereklidir. Bu sayede hem halkımız daha bilinçli olacaktır hem de devlete ciddi miktarda maliyeti olan ilaç harcamaları azalacaktır.

ÖZET

Tıpta gelişmelerin artması ile daha fazla tanı ve tedavi şansı doğmaktadır. Bununla beraber piyasadaki ilaç sayısının artması ve ilaç kullanımının da artması söz konusudur. İlaçlar uygun kullanıldığında ne kadar yararlı ise yanlış kullanımlarında da bir o kadar zararlı olabilmektedir. Bu çalışma ile AİK bilgi düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemeyi amaçladık.

Çalışmamızın katılımcıları Aralık 2021 – Mart 2022 tarihleri arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne kontrol amaçlı veya bir şikayet üzerine başvuran 18 yaş ve üzeri gönüllü bireylerdir (n:308). Veriler katılımcılara literatür taranarak hazırlanan 40 soruluk anket formunun yüz yüze sorularak toplanmıştır. Anket formunda hastaların sosyo-demografik özellikleri, ilaç kullanım özellikleri, alışkanlıkları, kronik hastalıkları sorgulayan sorular ve Demirtaş ve ark. tarafından hazırlanan 21 soruluk AİK ölçeği bulunmaktadır. İstatistiksel analizleri yapmak için SPSS (IBM SPSS Statistics 24) adlı paket program kullanılmıştır.

Akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri kadınların erkeklere göre, üniversite ve üzeri eğitim seviyesine sahip kişilerin ilköğretim düzeyine sahip olanlara göre, şehir merkezi ve ilçe merkezlerinde yaşayanların diğer yerleşim yerinde yaşayanlara göre ve vitamin veya mineral takviyesi alanların vitamin veya mineral takviyesi almayanlara göre istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur. ($p < 0,05$).

Çalışmamıza katılan kişilerin çoğu genç yaş ve eğitim seviyeleri yüksek kişilerden oluşmasına rağmen %17,8 oranında AİK bilgi düzeyleri yetersiz bulunmuştur. Bu noktada hekimlere ve devlete sorumluluk düşmektedir. Gerekli eğitimlerin planlanarak halka sunulması gerekmektedir. Bu şekilde AOİK'in önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: İlaç, Akılcı İlaç Kullanımı, Aile Hekimliği

RATIONAL DRUG USE AND AFFECTING FACTORS IN INDIVIDUALS APPLICABLE TO FAMILY MEDICINE POLYCLINIC

SUMMARY

With the increase in the developments in medicine, more diagnosis and treatment opportunities arise. However, there is an increase in the number of drugs on the market and an increase in the use of drugs. The more useful the drugs are when used appropriately, the more harmful they can be when misused. With this study, we aimed to determine the level of knowledge of rational use of drugs and the factors affecting it.

The participants of our study are volunteers aged 18 and over who applied to Tekirdağ Namık Kemal University Medical Faculty Hospital Family Medicine Polyclinic for control purposes or upon a complaint between December 2021 and March 2022 (n:308). The data were collected by asking the participants face to face with the 40-question questionnaire prepared by scanning the literature. In the questionnaire form, there are questions about the socio-demographic characteristics of the patients, drug use characteristics, habits, chronic diseases and there is a 21-item AIK scale prepared by Demirtas et al. A package program called SPSS (IBM SPSS Statistics 24) was used to perform statistical analysis.

The knowledge levels of women in AIK were found to be statistically higher than those who have a university or higher education level than those who have primary school education, those who live in the city center and district centers compared to those who live in other settlements, and those who take vitamin or mineral supplements compared to those who do not take vitamin or mineral supplements ($p<0,05$).

Although most of the people who participated in our study consisted of young people and people with high education levels, 17.8% of them were found to have insufficient knowledge of rational use of drugs. At this point, physicians and the state have a responsibility. Necessary training should be planned and presented to the public. In this way, irrational use of drugs can be avoided.

Key Words: Drug, Rational Drug Use, Family Medicine

KAYNAKLAR

1. The rational use of drugs: report of the Conference of Experts. World Health Organization, Nairobi. 1985.
2. World Health Organization. WHO Policy Perspectives on Medicines. Promoting Rational Use of Medicines: Core components. GenevaSept 2002.
3. World Health Organization. How to develop and implement a national drug policy, 1998.
4. Saygılı M, Özer Ö. Hekimlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Derg 2015;18(1):35-46.
5. Türk Eczacılar Birliği Eczacılık Akademisi. Eczacının Başvuru Rehberi. 1. Baskı Ankara 2015; 1-88.
6. Kayaalp O. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. 12. basım. Ankara: Pelikan Yayıncılık Ltd Şti; 2009.s.1-5
7. <https://www.titck.gov.tr/faaliyetalanlari/ilac/ilac-ruhsatlandirma> Erişim tarihi: 25.05.2022.
8. Özata M, Aslan Ş, Mete M. Rasyonel İlaç Kullanımının Hasta Güvenliğine Etkileri: Hekimlerin Rasyonel İlaç Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2008; 20: 529-42.
9. Pınar N. Ülkemizde ilaç harcamaları. Journal of Inonu University Medical Faculty. 2012; 19(1): 59-65.
10. Vural N. Toksikoloji. Ankara: Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları No:73. 2005: 6.

11. Alp H, Türk S, Yılmaz S ve ark. Akılcı İlaç Kullanımı. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 2018; 9(33): 20-28.
12. Akıcı A, Uğurlu MÜ, Gönüllü N, Oktay Ş, Kalaça S. Pratisyen hekimlerin akılcı ilaç kullanımını konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Sted 2002;11(7):253-257.
13. Ofori-Asenso R, Agyeman A. Irrational use of medicines-a summary of key concepts. Pharmacy 2016; 4(4): 35.
14. Sağır M, Parlakpınar H. Akılcı ilaç kullanımı. İnönü Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 3(2): 32-35.
15. Şantaş F, Demirgil B. Akılcı ilaç kullanımına ilişkin bir araştırma. İşletme Bilimi Dergisi 2017; 5(1): 35-48.
16. World Health Organisation. Guide to Good Prescribing, A practical manual. Geneva: World Health Organization; 1994.
17. İskit AB. Akılcı ilaç kullanımı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2006; 15(7): 4-5.
18. Orhaner E, Salgın E. Akılcı ilaç kullanımında aile hekiminin rolü: Bitlis ilinde bir uygulama. USAYSAD 2018; 4(3): 212-226.
19. Ambwani S, Mathur AK. Rational drug use. Health administrator. 2007; 19(1): 5-7.
20. Reçete yazma rehberi. T.C. SB Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2013/05/reçete_yazma_rehberi.pdf Erişim Tarihi: 26.05.2022.
21. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili sık sorulan sorular ve cevaplar. Akılcı ilaç kullanımı. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. http://www.akilciilac.gov.tr/?page_id=599 Erişim Tarihi: 26.05.2022.
22. Akıcı A, Altun R. Elektronik (e) Reçete Uygulaması ve Akılcı İlaç Kullanımına Katkısı. Türk Aile Hek Derg. 2013; 17(3): 125-133.
23. Kalyoncu Nİ, Yarış E. Akılcı İlaç Kullanımında Hekim Sorumluluğu. Toplum ve Hekim. 2004; 19(5): 359-63.
24. Akıcı A, Kalaça S. Topluma yönelik akılcı ilaç kullanımı. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, SGK Yayın No: 93, 2013: 22-23.
25. Oktay Ş. Akılcı ilaç kullanımının genel ilkeleri, Türk Geriatri Dergisi Özel Sayı 2006; 15-18.

26. Yarış E. Tezgâh üstü ilaç satılması ve ilaçla reklam ilişkisi. Toplum ve Hekim Dergisi 2004; 19: 369-372.
27. Yorulmaz F. Reçeteleme Kusurları Halk Sağlığını Olumsuz Etkiliyor. STED. 2003; 12(6):[218-21 pp.].
28. Vançelik S, Çalıkoğlu O, Güraksın A, ve ark. Pratisyen Hekimlerin Reçete Yazımını Şekillendiren Faktörler ve Akılcı İlaç Kullanım Kriterlerini Önemseme Durumları. Hacettepe Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi Dergisi. 2006; 26(2): 65-75.
29. Özçelikay, G. (2001). Akılcı ilaç kullanımı üzerine pilot bir çalışma. Ankara 31 Ecz. Fak. Dergisi, 30(2), 9-18.
30. Sürmelioglu N, Kıroğlu O, Erdoğdu T, Karataş Y. Measures for Prevention of Irrational Drug Use. Archives Medical Review Journal 2015;24(4):452-462.
31. Akıcı A, Kalaça S. Sosyal Güvenlik Kurumu Çalışanlarının Akılcı İlaç Kullanımındaki Etkin Rolü ve Farmakoeкономи T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, SGK Yayın No: 114, 2013: 22-26.
32. Akıcı A. Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamaları ve Klinik Farmakoloji Çalışma Grubunun Katkıları. Türk Farmakoloji Derneği Klinik Farmakoloji Çalışma Grubu E-Bülteni, Sayı 55; Ocak 2012.
33. Altındağ Ö, Yıldız A. Türkiye’de sağlık politikalarının dönüşümü. Birey ve Toplum Sosyal Bilimler Dergisi. Haziran 2020 Yıl 10, Sayı 1, ss.157-184.
34. Sağlık Bakanlığı (2003) Sağlıkta dönüşüm, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
35. Aksoy, M., Alkan, A., ve İşli, F. (2015). “Sağlık Bakanlığı’nın akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırma faaliyetleri”. Türkiye Klinikleri Journal of Pharmacology Special Topics, 3(1), 19-26.
36. Türkiye İlaç Ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017. 2014; <http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2014/11/aik-ulusal-eylem-plani.pdf> Erişim Tarihi: 27.05.2022.
37. The European Definition Of General Practice / Family Medicine Wonca Europe 2011 Edition. WONCA Europe Office Publication p. 8.
38. Yılmaz, M., Yılmaz, A., Özyörük, M., Turunç, F., Gürleyik Erkman N., Kınalıkaya, A., Arslan, E. (2018). Akılcı İlaç Kullanımı: Düzce’de Aile Hekimlerinin Bilgi ve Davranışları, Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 22(1): 20-27.
39. Akıcı A, Kalaça S. Topluma yönelik akılcı ilaç kullanımı. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, SGK Yayın No: 93, 2013: 2-13.
40. Akıcı, A. ve diğ., “Serbest Eczanelerde İlaç Sunumu Sürecinde Karşılaşılan Sorunlar: Akılcı İlaç Kullanımı Yönünden Değerlendirme”, Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi, Cilt 29, Sayı 1, Ankara, 2009.

41. Altındış S. Akılcı İlaç Kullanımına Sistemik Bir Bakış. Journal of biotechnology and strategic health research. 2017;1(2):34–8.
42. Demirtaş Z, Dağtekin G, Sağlan R, Alaiye M, Önsüz MF, Işıklı B, ve ark. Akılcı ilaç kullanımı ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi. 2018;3(3):37- 46.
43. Aitken M, Kleinrock M, Simorellis A, Nass D. The Global Use of Medicine in 2019 and Outlook to 2023: Forecasts and Areas to Watch. NC, USA: IQVIA Institute; 2019.
44. Ekici M, Kururucu Ş, Uysal B. Erişkinlerdeki akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyinin ölçülmesi. Journal of Social And Humanities Sciences Research (JSHSR). 2019; 6(32): 179-189.
45. Özen, B. "Kuşaklar Arası Akılcı İlaç Kullanımı". Sağlık Bilimleri Dergisi 27 (2018): 199-204
46. Kılıç, R. "Denizli ili Pamukkale ilçesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Yetişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı". Tıpta Uzmanlık Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli. 2020.
47. Şahin P. Yetişkinlerde Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeyi, Tokat Merkez Örneği (tez). Tokat: Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; 2020.
48. Gürhan B. (2016). Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların akılcı ilaç kullanım ilkeleri açısından değerlendirilmesi. (Uzmanlık Tezi). Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara.
49. Ercan, T. ve Biçer, D. F. (2019). "Tüketicilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Sivas İli Örneği", BMIJ, S.7, s. 998- 1021.
50. Lee CH, Chang FC, Hsu SD, Chi HY, Huang LJ, Yeh MK. Inappropriate selfmedication among adolescents and its association with lower medication literacy and substance use. PLoS ONE 2017;12,12.
51. Özyiğit F, Arıkan İ. University students' attitudes and behaviors on rational drug use knowledge, in Kütahya province. Bozok Med J 2015;10(1):47-52.
52. Loyola F.A.- Firmo J.O.A.- Mambrini J.V.M.- Peixoto S.V.- Souza-Junior P.R.B.- Andrade, F.B.A. (2018). "Cost related under use of medications in older adults: ELSI-Brazil", Rev Saude Publica, S.52, s. 8.

53. Bian C, Xu S, Wang H, Li N, Wu J, Zhao Y, et al. Study on the Application of the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model on Rational Drug Use Behavior among Second-Level Hospital Outpatients in Anhui, China. PLoS ONE 2015;10(8):e0135782.
54. Köse E.- Erdoğan N.- Bedir N.- Demirbaş M.- İnci M.B.- Karabel M.P. ve ark. (2018). “Sakarya’nın Taraklı İlçesindeki Erişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı ile İlgili Bazı Bilgi ve Tutumlarının İncelenmesi”, Sakarya Tıp Dergisi, S.8, s. 80-89.
55. Beggi B, Aşık Z. Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Yönünden Değerlendirilmesi. Ankara Med J. 2019; (1): 251-260.
56. Guiyue Ma, Aijing Luo, Zhiying Shen, Yinglong Duan, Shuangjiao Shi, Zhuqing Zhong. The status of medication literacy and associated factors of hypertensive patients in China: a cross-sectional study. Internal and Emergency Medicine (2020) 15:409–419.
57. Jianhui Shi, Li Qi, Yuqing Li, Xiurong Liu. Investigation of Health Literacy Status in Beijing, China. Health Literacy Research and Practice • Vol. 4, No. 3, 2020.
58. Utli, H. ve Turan, M. “0-12 Yaş Arası Çocuğa Sahip Ebeveynlerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutumlarının İncelenmesi”, EGEHFD, 2020; S.36, s. 87-95.
59. Karataş Y.- Dinler B.- Erdoğan T.- Ertuğ P.- Seydaoğlu G. “Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesine Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Belirlenmesi”, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2012; S.37, s. 1-8.
60. Hatipoğlu, S. ve Özyurt, B.C. (2016). “Manisa İlindeki Bazı Aile Sağlığı Merkezlerinde Akılcı İlaç Kullanımı”, TAF Preventive Medicine Bulletin, S.15, s. 1-8.
61. Ayhan F. Aydın Efeler İlçesi 65 Yaş Üstü Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı, Uygunsuz İlaç Kullanımı Ve Maliyeti. (tez). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2021.
62. Şengül B.N. Farklı Kuşaklarda Akılcı İlaç Kullanımı Ve Sağlık Algısının İncelenmesi. (tez). Aydın: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlığı Ve Bakımı Yüksek Lisans Programı, 2021.
63. Kaya, H, Turan, N, Keskin, Ö, Tencere, Z, Uzun, E, Demir, G. ve Yılmaz, T. (2015). “Üniversite Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanma Davranışları”. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 18 (1), 35-42.

64. Yin C, He X, Shen K, Mu X, Tang F. Knowledge and Behavior in Rational Drug Use Among College Students in Zunyi City. *Risk Management and Healthcare Policy* 2022; 15; 121-131.
65. Öztürk A, Naçar M, Aslan A, Gün İ, Çetinkaya F. Kayseri Sağlık Grup Başkanlığı bölgesinde yaşlıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumu. *Turkish Journal of Geriatrics*. 2002;5(4):138-143.
66. Altıparmak S. ve Sarı H.(2012).0-6 yaş çocukların sağlık hizmet kullanımları, süreli hizmet kaynakları ve etkileyen faktörler, *TAF Preventive Medicine Bulletin*,11(5):599-608.
67. Gürhan B. Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların akılcı ilaç kullanım ilkeleri açısından değerlendirilmesi. (tez). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, (2016).
68. Davati, A., Jafari, F., Samadpor, M., & Tabar, K. (2007).Evaluation of drug usage among the elderly in Tehran. *Journal of Medical Council of Islamic Republic of Iran*, 25(4), 450-456 (in Persian).
69. Jafari F, Khatony A, Rahmani E. Prevalence of self-medication among the elderly in Kermanshah-Iran. *Glob J Health Sci*. 2015;7(2):360-5.
70. Coşkun F, Turhan H. İstanbul'da vitamin kullanım alışkanlıkları ve bu alışkanlıkları etkileyen faktörler üzerine bir araştırma. *Marmara Eczacılık Dergisi* 2010; 14: 21-28.
71. Ünsal A, Demir G. The Prevalence of Chronic Disease and Drug Use in Elderly in Central Kırşehir. *Türk Geriatri Dergisi*. (2010). 13(4):244-251.
72. Beggi B. Aile Hekimliğinde Akılcı İlaç Kullanımı ve Polifarmasiye Yaklaşım. Uzmanlık Tezi, Antalya: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Aile Hekimliği Bölümü, 2018.

EKLER

EK 1: ETİK KURUL KARAR FORMU



TEKİRDAĞ NAMIK KEMAL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU KARAR FORMU



BAŞVURU BİLGİLERİ	Araştırmanın Açık Adı	Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı ve Etkileyen Faktörler		
	Koordinatör / Sorumlu Araştırmacı	Dr. Öğr. Üyesi Eda Çelik Güzel / TNKÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği		
	Etik Kurul Toplantı Tarihi	28.12.2021		
	Araştırma Protokol Numarası	2021.292.12.15		
	Araştırmanın Türü	Prospektif <input checked="" type="checkbox"/>	Retrospektif <input type="checkbox"/>	Diğer:
	Araştırmanın Destekleyicisi	TÜBİTAK <input type="checkbox"/>	TNKÜ BAP <input type="checkbox"/>	Araştırmacı <input checked="" type="checkbox"/> Diğer:
	Araştırmanın Bütçesi	140 t		
Araştırmanın Merkezi	Tek Merkezli <input checked="" type="checkbox"/>	Çok Merkezli <input type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik bilimsel sakınca bulunmadığına, toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının oy birliği ile karar verilmiştir.			

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
----------------------------	--

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Araştırma ile İlgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Ali Rıza KIZILER	Biyofizik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. M. Metin DONMA	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Savaş GÜZEL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Yakup ALBAYRAK	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Sibel ÖZKAN GÜRDAL	Genel Cerrahi	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Ayşin NALBANTOĞLU	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sonat Pınar KARA	İç Hastalıkları	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Aliye ÇELİKKOL	Tıbbi Biyokimya	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Berna ERDAL	Tıbbi Mikrobiyoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Birol TOPÇU	Biyoistatistik	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ümit ÇETİN	Ortopedi ve Travmatoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Naile Esra SAKA	Adli Tıp	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Zeynep KURTULUŞ TOSUN	İç Hastalıkları Hemşireliği	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Mahluga JAFAROVA DEMİRKAPU	Tıbbi Farmakoloji	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Ayhan ŞAHİN	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*: Toplantıda bulunma.

Etik Kurul Başkanının

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ali Rıza KIZILER

İmza:

EK 2: ANKET FORMU

AİLE HEKİMLİĞİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN BİREYLERDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER ANKET FORMU

- 1-) Cinsiyetiniz?
a)Erkek b)Kadın
- 2-)Kaç yaşındasınız?
- 3-) Medeni durum
a)Evli b)Bekar(Boşanmış)
- 4-)Eğitim durumunuz?
a)Okuryazar değil b)Okuryazar c)İlkokul
d)Ortaokul e)Lise f)Üniversite ve üzeri
- 5-)Çalışıyor musunuz?
a)Evet b)Hayır
- 6-) Sosyal güvenceniz var mı?
a)Evet, var b)Hayır, yok
- 7-)Aylık kazancınız?
a)Gelir giderden az
b)Gelir gidere denk
c)Gelir giderden fazla
- 8-)Sigara kullanıyor musunuz?
a)Evet b)Hayır
- 9-)Alkol kullanıyor musunuz?
a)Evet b)Hayır
- 10-)Yaşadığınız yer?
a)Şehir merkezi b)İlçe merkezi c)Köy
d)Diğer(Belirtiniz).....
- 11-)En yakın sağlık kuruluşu yaşadığınız yere ne kadar uzaktır?
a)Yürütme mesafesinde
b)Tek vesait uzaklığında
c)İki vesait uzaklığında
- 12-)Hastalandığınızda ilk hangi sağlık kuruluşuna başvurursunuz?
a)Aile Sağlığı Merkezi b)Devlet Hastanesi
c)Üniversite Hastanesi d)Özel Hastane
e)Eczane f) Diğer(Belirtiniz)
- 13-)Vitamin/mineral ilacı kullanıyor musunuz ve kullanıyorsanız ne sıklıkla kullanıyorsunuz?
a)Evet(Belirtiniz)..... b)Hayır
- 14-)Ağrı kesici kullanıyor musunuz ve kullanıyorsanız ne sıklıkla kullanıyorsunuz?
a)Evet(Belirtiniz)..... b)Hayır
- 15-)Mide koruyucu kullanıyor musunuz ve kullanıyorsanız ne sıklıkla kullanıyorsunuz?
a)Evet(Belirtiniz)..... b)Hayır
- 16-)Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?
a)Hayır, kronik hastalığım yok
b)Evet, var(Belirtiniz).....
- 17-)Düzenli ilaç kullanıyor musunuz?
a)Evet, kullanıyorum b)Hayır, kullanmıyorum
- 18-)Kronik hastalıklarınızın takiplerini düzenli yaptırıyor musunuz?
a)Evet , düzenli yaptırıyorum
b)Arada bir giderim
c)Hayır, hiç yaptırmıyorum
- 19-)Kronik Hastalıklarınızın takibini nerede yaptırıyorsunuz?
a)ASM
b)Devlet Hastanesi
c)Üniversite Hastanesi
d)Özel Hastane

EK 3: AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ

AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÖLÇEĞİ

	Evet	Hayır	Bilmiyorum
1.Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.			
2.Benzer şikayetleri olan bir yakınlarınıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.			
3.Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.			
4.İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.			
5.Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.			
6.İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.			
7.İlaçların aç veya tok karına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir.			
8.İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.			
9.Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.			
10.Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zarar yoktur.			
11.İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.			
12.Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.			
13.Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.			
14.İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacınıza sorabiliriz.			
15.Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.			
16.Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.			
17.İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.			
18.Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.			
19.Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir.			
20.Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir.			
21.Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır.			

EK 4: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı ve Etkileyen Faktörler

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sorumlu Araştırmacı: Dr.Öğr.Üyesi Eda ÇELİK GÜZEL

Araştırmanın Amacı: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Akılcı İlaç Kullanımı'nı (AİK); "ilaçların klinik bulgulara uygun bir biçimde, hastaların gereksinimlerini karşılayacak doz ve sürede mümkün olan en düşük maliyetle temin edilebilmesi için uyulması gereken kurallar" olarak tanımlamıştır. İlaçların akılcı olmayan kullanımı tüm dünyada büyük bir sorun oluşturmaktadır. Hastaların önemli ölçüde bir kısmı gereksiz ilaç kullanmaktadır. Hastaların önemli başka bir sorunu kronik hastalığı olmasına rağmen düzenli kontrollerine gitmemekte ve ilaçlarını aksatmaktadır. Hastaların yaklaşık yarısı ilaçları doğru olarak kullanamamaktadır. Bu nedenle hastaların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerini bilmek, akılcı olmayan ilaç kullanımı sonucu oluşan sorunları önlemede büyük bir öneme sahiptir. Bu çalışma aile hekimliği polikliniğine başvuran yetişkinlerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi düzeylerini ve etkileyen faktörleri tespit etmeyi amaçlamaktadır. Çalışmamız tek merkezli olup, araştırma boyunca 200 kişi ile görüşülmesi planlanmaktadır.

Araştırmada İzlenecek Yöntem:

Bu araştırmanın protokolü, Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi etik değerlendirme komitesi tarafından değerlendirilmiş ve onaylanmıştır. Helsinki beyannamesinde ortaya konan etik prensiplere riayet edilecektir. Bu formun bir kopyası size saklanmanız için verilecektir.

Alternatif Tedavi veya Girişimler: Çalışmamızda herhangi bir tedavi ve girişim olmayacaktır.

Araştırma Sırasında Karşılaşılabilecek Riskler: Çalışmamızda herhangi bir risk yoktur.

Araştırma Süresince 24 Saat Ulaşılabilecek Kişi Adı / Soyadı / Telefonu:

Mehmet KIRIŞ - 05063329070

Bu araştırmaya katılmanız tamamen gizli tutulacaktır. Sizin araştırmaya katılmanıza ilişkin bilgisi olan tek kişi doktorunuz olacaktır. Doktorunuza verdiğiniz bilgiler kadar klinik bilgilerde gizli tutulacaktır. Bununla birlikte yetkili kurumların müfettişleri araştırmanın geçerli yasalar ve sağlık makamları mevzuatına uygun olarak yürütülmesini garantilemek üzere araştırmaya ilişkin kayıtlarınızı incelemekle yükümlü olabilirler. Kayıtlarınızdaki bilgiler sadece bu araştırma amacıyla ve bu araştırmayı izleyen yayımlar için kullanılacaktır. Her durumda kimliğiniz saklanacaktır. Her durumda kimliğiniz diğer amaçlar için kullanılmayacak veya üçüncü şahıslara açıklanmayacaktır. Muayeneleriniz ve diğer işlemler için sizden ücret alınmayacaktır.

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla

anlaşmış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanıdı. Araştırmaya gönüllü olarak katkığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırmayı yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Açıklamaları Yapan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Olur İşlemine Tamk Olan Kişinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih

Gerekliyse Yasal Temsilcinin Adı / Soyadı / İmzası / Tarih