



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
TIBBİ FARMAKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ADANA İLİNDEKİ İNSANLARIN İLAÇ KULLANIM
ALİŞKANLIKLARI**

Dr. Neslihan PINAR

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Yusuf KARATAŞ

ADANA- 2010



**T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
TIBBİ FARMAKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**ADANA İLİNDEKİ İNSANLARIN İLAÇ KULLANIM
ALİŞKANLIKLARI**

Dr. Neslihan PINAR

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Yusuf KARATAŞ

**Bu tez Çukurova Üniversitesi Araştırma Fonu tarafından TF2009LTP8 nolu proje
olarak desteklenmiştir.**

ADANA- 2010

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince değerli katkılarını esirgemeyen Farmakoloji Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Ergin Şingirik'e, tezimin hazırlanmasında değerli önerileri ve yapıcı eleştirileriyle beni destekleyen değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Yusuf Karataş'a ve diğer öğretim üyesi hocalarıma, teşekkürlerimi sunarım.

Tez çalışmalarımın başından sonuna kadar değerli yardım ve katkılarını esirgemeyen Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Nafiz Bozdemir'e, Biyoistatistik Anabilim Dalı Araştırma Görevlisi İlker Ünal'a, Marmara Üniversitesi Klinik Farmakoloji Anabilim Dalı'ndan Doç. Dr. Ahmet Akıcı'ya, Karadeniz Teknik Üniversitesi Farmakoloji Anabilim Dalı'ndan Prof. Dr. Ersin Yarış'a tezim boyunca verdikleri emek ve destekten dolayı teşekkürlerimi sunarım.

Birlikte uzunca bir süreyi paylaştığımız Farmakoloji Anabilim Dalı'nın tüm araştırma görevlilerine ve personeline teşekkür ederim.

Beni bu günlere getiren üzerimde sonsuz emekleri olan öncelikle sevgili anneme, sevgili babama teşekkürlerimi borç bilirim. Ayrıca sevgili eşime, kardeşlerime ve sevgili oğluma destekleri için teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	i
İÇİNDEKİLER	ii
TABLO LİSTESİ	vii
ŞEKİL LİSTESİ	x
ÖZET	xii
ABSTRACT	xiii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Akılcı İlaç Kullanımı	5
2.1.1. Doğru Tanıya Dayanmak	5
2.1.2. Uygun İlacı Seçmek	6
2.1.2.1. K-ilaç Seçiminde İzlenecek Adımlar	7
2.1.3. Tedavi Başarısının, Yan Etkilerinin ve Hastanın Uyumunun İzlenmesi	8
2.1.3.1. Farmakovijilans	10
2.1.4. Tasarlanan Tedavinin Maliyetini Dikkate Almak	11
2.2. Akılcı Antibiyotik Kullanımı	12
2.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı	13
2.4. Akılcı İlaç Kullanımında Alınacak Sorumluluklar	14
2.4.1. Akılcı İlaç Kullanımında Hekim Sorumluluğu	14
2.4.2. Akılcı İlaç Kullanımında Eczacı Sorumluluğu	15
2.4.3. Akılcı İlaç Kullanımında Toplum Sorumluluğu	16
2.5. İlaç Harcamaları	18
2.5.1. Tedavi Gruplarına Göre İlaç Tüketimi	22
2.6. Anket Yöntemleri	23
2.6.1. Anket Yönteminin Türleri	25
2.6.1.1. Mektupla Anket	26
2.6.1.2. Telefonla Anket	26
2.6.1.2.1. Telefonla Anket Yönteminin Bazı Zayıf Yönleri	27
2.6.1.3. Kişisel Görüşme	28
2.6.1.3.1. Kişisel Görüşmenin Üstün Yönleri	28
2.6.1.3.2. Kişisel Görüşmenin Zayıf Yönleri	29
2.6.2. Uygun Anket Türünü Belirleme	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM	31
3.1. Araştırmanın Tipi	31
3.2. Çalışmanın Evreni	31
3.3. Adana İli ile İlgili Genel Bilgiler	31
3.4. Örneklem Seçimi	32
3.4.1. Kapalı veya Yok Olan Telefon Numaralarının Belirlenmesi	34
3.5. Akılcı İlaç Kullanım Anketinin Hazırlanması	35
3.5.1. Akılcı İlaç Kullanım Anketinin Tasarlanması	35
3.5.2. Soruların Anlaşılır Olup Olmadığının Araştırılması	35
3.5.3. Sorulara Verilen Yanıtların Tutarlılığının Araştırılması	35
3.5.4. Akılcı İlaç Kullanım Anketinin İçeriği	36

3.6. Akılcı İlaç Kullanım Skoru Oluşturulması	37
3.7. Çalışmanın Gerçekleştirildiği Yer	37
3.8. Verilerin Toplanması	38
3.9. İstatistiksel Analiz	38
4. BULGULAR	40
4.1. Görüşülen Kişilerin Sosyo Demografik Özellikleri	40
4.1.1. Görüşülen Kişilerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	40
4.1.2. Görüşülen Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	41
4.1.2.1. Görüşülen Kişilerin Yaş Gruplarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı	41
4.1.3. Görüşülen Kişilerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı	42
4.1.3.1. Görüşülen Kişilerin Eğitim Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı	43
4.1.3.2. Adana İlinde Görüşülen Kişilerin Eğitim Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	43
4.1.4. Görüşülen Kişilerin Sosyal Güvencelerinin Durumu	44
4.1.5. Görüşülen Kişilerin Mesleklerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	44
4.1.6. Görüşülen Kişilerin Yerleşim Yerleri	46
4.1.7. Görüşülen Kişilerin Hastalandıklarında İlk Başvurdukları Yer	46
4.1.7.1. Görüşülen Kişilerin Hastalandıklarında İlk Başvurdukları Yerlerin Sosyal Güvencelerine Göre Karşılaştırılması	47
4.1.7.2. Görüşülen Kişilerin Hastalandıklarında İlk Başvurdukları Yerlerin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	47
4.1.7.3. Görüşülen Kişilerin Hastalandıklarında İlk Başvurdukları Yerlerin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması	48
4.1.7.4. Görüşülen Kişilerin Hastalandıklarında İlk Başvurdukları Yerlerin Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması	49
4.2. Doktora Danışmadan İlaç Kullanımı	49
4.2.1. Doktora Danışmadan Kullanılan İlaçlar	50
4.2.2. Doktora Danışmadan İlaç Kullananların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması	50
4.2.3. Doktora Danışmadan İlaç Kullananların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	51
4.2.4. Doktora Danışmadan İlaç Kullananların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması	51
4.2.5. Doktora Danışmadan İlaç Kullananların Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması	52
4.3. Akraba, Arkadaş, Komşu Tavsiyesiyle İlaç Kullanımı	52
4.3.1. Akraba, Arkadaş, Komşu Tavsiyesiyle Kullanılan İlaçlar	53
4.3.2. Akraba, Arkadaş, Komşu Tavsiyesiyle İlaç Kullananların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması	53
4.3.3. Akraba, Arkadaş, Komşu Tavsiyesiyle İlaç Kullananların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	54
4.3.4. Akraba, Arkadaş, Komşu Tavsiyesiyle İlaç Kullananların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması	54
4.3.5. Akraba, Arkadaş, Komşu Tavsiyesiyle İlaç Kullananların Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması	55
4.4. Akraba, Arkadaş, Komşulara İlaç Tavsiye Edilmesi	55
4.4.1. Akraba, Arkadaş, Komşulara Tavsiye Edilen İlaçlar	56

4.4.2. Akraba, Arkadaş, Komşulara İlaç Tavsiye Edenlerin Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması	56
4.4.3. Akraba, Arkadaş, Komşulara İlaç Tavsiye Edenlerin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	57
4.4.4. Akraba, Arkadaş, Komşulara İlaç Tavsiye Edenlerin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması	57
4.4.5. Akraba, Arkadaş, Komşulara İlaç Tavsiye Edenlerin Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması	58
4.5. Grip, Soğuk Algınlığı Gibi Durumlarda Doktora Sormadan Antibiyotik Kullanma Durumu	58
4.5.1. Grip, Soğuk Algınlığı Gibi Durumlarda Doktora Sormadan Antibiyotik Kullananların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması	59
4.5.2. Grip, Soğuk Algınlığı Gibi Durumlarda Doktora Sormadan Antibiyotik Kullananların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	59
4.5.3. Grip, Soğuk Algınlığı Gibi Durumlarda Doktora Sormadan Antibiyotik Kullananların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması	60
4.5.4. Grip, Soğuk Algınlığı Gibi Durumlarda Doktora Sormadan Antibiyotik Kullananların Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması	60
4.6. Doktorun Verdiği Antibiyotikleri Bitirmeden Bırakma Durumu	61
4.6.1. Doktorun Verdiği Antibiyotikleri Bitirmeden Bırakma Sebebi	61
4.6.2. Doktorun Verdiği Antibiyotikleri Bitirmeden Bırakanların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması	62
4.6.3. Doktorun Verdiği Antibiyotikleri Bitirmeden Bırakanların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	62
4.6.5. Doktorun Verdiği Antibiyotikleri Bitirmeden Bırakanların Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması	63
4.7. Doktorun Verdiği İlaç Hakkında Doktordan Bilgi İsteme Durumu	64
4.7.1. Doktorun Verdiği İlaç Hakkında Doktordan İstenilen Bilgiler	64
4.7.2. Doktorun Verdiği İlaç Hakkında Doktordan Bilgi İsteyenlerin Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması	65
4.7.3. Doktorun Verdiği İlaç Hakkında Doktordan Bilgi İsteyenlerin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	65
4.7.4. Doktorun Verdiği İlaç Hakkında Doktordan Bilgi İsteyenlerin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması	66
4.7.5. Doktorun Verdiği İlaç Hakkında Doktordan Bilgi İsteyenlerin Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması	66
4.8. Kullanılan İlacın Prospektüsünü Okuma Durumu	67
4.8.1. Kullanılan İlacın Prospektüsünü Okuyanların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması	67
4.8.2. Kullanılan İlacın Prospektüsünü Okuyanların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	68
4.8.3. Kullanılan İlacın Prospektüsünü Okuyanların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması	69
4.8.4. Kullanılan İlacın Prospektüsünü Okuyanların Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması	69
4.9. İlacı Doktorun Önerdiği Gibi Kullanıp Kullanmama Durumu	70
4.9.1. İlacı Doktorun Önerdiği Şekilde Kullanıp Kullanmamanın Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması	71

4.9.2. İlacı Doktorun Önerdiği Şekilde Kullanıp Kullanmamanın Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	71
4.9.3. İlacı Doktorun Önerdiği Şekilde Kullanıp Kullanmamanın Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması	72
4.9.4. İlacı Doktorun Önerdiği Şekilde Kullanıp Kullanmamanın Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması	72
4.10. İlacın Kullanımında Nelere Dikkat Ediliyor?	73
4.10.1. Açlık-Tokluk Durumu	73
4.10.1.1. Açlık-Tokluğa Dikkat Edenlerin Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması	73
4.10.1.2. Açlık-Tokluğa Dikkat Edenlerin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	73
4.10.1.3. Açlık-Tokluğa Dikkat Edenlerin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması	74
4.10.1.4. Açlık-Tokluğa Dikkat Edenlerin Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması	75
4.10.2. Saat Aralıkları	75
4.10.2.1. Saat Aralıklarına Dikkat Edenlerin Sosyal Güvencelerine Göre Karşılaştırılması	75
4.10.2.2. Saat Aralıklarına Dikkat Edenlerin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	76
4.10.2.3. Saat Aralıklarına Dikkat Edenlerin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması	76
4.10.2.4. Saat Aralıklarına Dikkat Edenlerin Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması	77
4.10.3. İlacın Dozu	77
4.10.3.1. İlacın Dozuna Dikkat Edenlerin Sosyal Güvencelerine Göre Karşılaştırılması	77
4.10.3.2. İlacın Dozuna Dikkat Edenlerin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	78
4.10.3.3. İlacın Dozuna Dikkat Edenlerin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması	79
4.10.3.4. İlacın Dozuna Dikkat Edenlerin Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması	79
4.11. İlaç Kullanırken İstenmeyen Yan Etki Görüldüğünde Neler Yapılıyor?	80
4.11.1. İlaç Kullanırken İstenmeyen Yan Etki Görüldüğünde Yapılanların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması	80
4.11.2. İlaç Kullanırken İstenmeyen Yan Etki Görüldüğünde Yapılanların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması	81
4.12. İlaçtan Yarar Görülmediğinde Neler Yapılıyor?	81
4.13. İlaçları Kullanmadan Önce Son Kullanma Tarihine Bakılması	82
4.13.1. İlaçların Son Kullanma Tarihlerine Bakanların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	82
4.13.2. İlaçların Son Kullanma Tarihlerine Bakanların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması	83
4.13.3. İlaçların Son Kullanma Tarihlerine Bakanların Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması	83
4.14. İlaçların Evde Saklandığı Yerler	84
4.15. Evde Bulunsun Diye İlaç Yazdırma Durumu	84
4.15.1. Evde Bulunsun Diye Yazdırılan İlaçlar	85

4.15.2. Evde Bulunsun Diye İlaç Yazdıranların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması	86
4.15.3. Evde Bulunsun Diye İlaç Yazdıranların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	86
4.15.4. Evde Bulunsun Diye İlaç Yazdıranların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması	87
4.15.5. Evde Bulunsun Diye İlaç Yazdıranların Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması	87
4.16. Kullanılmayan İlaçların Durumu	88
4.17. Evde Bitkisel Tedavi Uygulanması	88
4.17.1. Bitkisel Tedavi Uygulanan Hastalıklar	89
4.17.2. Evde Bitkisel Tedavi Uygulayanların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması	90
4.17.3. Evde Bitkisel Tedavi Uygulayanların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması	90
4.17.4. Evde Bitkisel Tedavi Uygulayanların Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması	91
4.18. Akılcı İlaç Kullanım Skoru	91
5.TARTIŞMA	95
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	109
KAYNAKLAR	113
EKLER	121
ÖZGEÇMİŞ	131

TABLO LİSTESİ

Tablo no	Sayfa no
Tablo 1. Türkiye’de tedavi gruplarına göre ilaç kullanım oranları (Kutu)	23
Tablo 2 . Farklı anket tekniklerinin üstünlükleri	30
Tablo 3. Alınacak telefon numaralarının sayısının ilçelere göre dağılımı	33
Tablo 4. Telefon görüşmelerinin durumu	34
Tablo 5. Adana ilinde aranan tüm numaraların sonuçları	40
Tablo 6. Adana ilinde görüştüğümüz kişilerin cinsiyetlerine göre dağılımı	40
Tablo 7. Adana ilindeki görüşülen kişilerin yaş gruplarına göre dağılımı	41
Tablo 8. Adana ilindeki görüşülen kişilerin yaş ortalamaları. (p >0,05)	41
Tablo 9. Adana ilinde görüşülen kişilerin yaş gruplarının cinsiyete göre dağılımı	42
Tablo 10. Adana ilinde görüşülen kişilerin eğitim durumlarına göre dağılımı	42
Tablo 11. Adana ilindeki görüşülen kişilerin eğitim durumlarının cinsiyete göre dağılımı (Ki-Kare testi uygulandı. p<0,05).	43
Tablo 12. Adana ilinde görüşülen kişilerin eğitim durumlarının yaş gruplarına göre dağılımı (Ki-Kare testi uygulandı. p<0,05).	44
Tablo 13. Adana ilinde görüşülen kişilerin sosyal güvence varlığının dağılımı	44
Tablo 15. Adana ilinde görüşülen kişilerin yerleşim yerlerinin dağılımı	46
Tablo 14. Görüşülen kişilerin mesleklerinin cinsiyetlerine göre dağılımı	45
Tablo 16. Adana ilinde görüşülen kişilerin hastalandıklarında ilk başvurdıkları yerlerin dağılımı.	46
Tablo 17. Görüşülen kişilerin hastalandıklarında ilk başvurdıkları yerlerin sosyal güvencelerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. p<0,05).	47
Tablo 18. Görüşülen kişilerin hastalandıklarında ilk başvurdıkları yerlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. p>0,05).	48
Tablo 19. Görüşülen kişilerin hastalandıklarında ilk başvurdıkları yerlerin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması (Ki- Kare testi uygulandı. p>0,05).	48
Tablo 20. Görüşülen kişilerin hastalandıklarında ilk başvurdıkları yerlerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. p<0,05).	49
Tablo 21. Adana ilinde görüşülen kişilerin doktora danışmadan ilaç kullanımı	49
Tablo 22. Doktora danışmadan kullanılan ilaçlar	50
Tablo 23. Doktora danışmadan ilaç kullananların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. p>0,05).	51
Tablo 24. Doktora danışmadan ilaç kullananların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. p<0,05).	51
Tablo 25. Doktora danışmadan ilaç kullananların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. p>0,05).	52
Tablo 26. Doktora danışmadan ilaç kullananların yerleşim yerlerine göre dağılımı (Ki-Kare testi uygulandı. p<0,05).	52
Tablo 27. Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanımı	53
Tablo 28. Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle kullanılan ilaçlar	53
Tablo 29. Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullananların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare Testi uygulandı. p>0,05).	54
Tablo 30. Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullananların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. p>0,05).	54
Tablo 31. Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullananların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. p>0,05).	55
Tablo 32. Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullananların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. p>0,05).	55
Tablo 33. Akraba, arkadaş, komşulara ilaç tavsiye edilmesi	55
Tablo 34. Akraba, arkadaş, komşulara tavsiye edilen ilaçlar	56
Tablo 35. Akraba, arkadaş, komşulara ilaç tavsiye edenlerin sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare Testi uygulandı. p>0,05).	57

Tablo 36. Akraba, arkadaş, komşulara ilaç tavsiye edenlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$).	57
Tablo 37. Akraba, arkadaş, komşulara ilaç tavsiye edenlerin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	58
Tablo 38. Akraba, arkadaş, komşulara ilaç tavsiye edenlerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	58
Tablo 39. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan antibiyotik kullanma durumu	59
Tablo 40. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan antibiyotik kullananların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare Testi uygulandı. $p<0,05$).	59
Tablo 41. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan antibiyotik kullananların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	60
Tablo 42. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan antibiyotik kullananların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi kullanıldı. $p>0,05$).	60
Tablo 43. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan antibiyotik kullananların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	61
Tablo 44. Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakma durumu	61
Tablo 45. Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakma sebebi	62
Tablo 46. Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakanların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare Testi uygulandı. $p>0,05$).	62
Tablo 47. Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakanların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,005$).	63
Tablo 48. Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakanların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	63
Tablo 49. Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakanların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	64
Tablo 50. Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi isteme durumu	64
Tablo 51. Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan istenilen bilgiler	65
Tablo 52. Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi isteyenlerin sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare Testi uygulandı. $p>0,05$).	65
Tablo 53. Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi isteyenlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,005$).	66
Tablo 54. Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi isteyenlerin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	66
Tablo 55. Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi isteyenlerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	67
Tablo 56. Kullanılan ilacın prospektüsünü okuma durumu	67
Tablo 57. Kullanılan ilacın prospektüsünü okuyanların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare Testi uygulandı. $p<0,05$).	68
Tablo 58. Kullanılan ilacın prospektüsünü okuyanların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,005$).	68
Tablo 59. Kullanılan ilacın prospektüsünü okuyanların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$)	69
Tablo 60. Kullanılan ilacın prospektüsünü okuyanların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$).	69
Tablo 61. Prospektüste okunulan yerler	70
Tablo 62. İlacı doktorun önerdiği gibi kullanıp kullanmama durumu	70
Tablo 63. İlacı doktorun önerdiği şekilde kullanıp kullanmamanın sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare Testi uygulandı. $p>0,05$).	71
Tablo 64. İlacı doktorun önerdiği şekilde kullanıp kullanmamanın eğitim durumuna göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,005$).	71
Tablo 65. İlacı doktorun önerdiği şekilde kullanıp kullanmamanın cinsiyetlere göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	72
Tablo 66. İlacı doktorun önerdiği şekilde kullanıp kullanmamanın yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	72
Tablo 67. İlacın kullanımında nelere dikkat ediliyor?	73
Tablo 68. Açlık-tokluğa dikkat edenlerin sosyal güvencelerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	73

Tablo 69. Açlık-tokluğa dikkat edenlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,005$).	74
Tablo 70. Açlık-tokluğa dikkat edenlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	74
Tablo 71. Açlık-tokluğa dikkat edenlerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$).	75
Tablo 72. Saat aralıklarına dikkat edenlerin sosyal güvencelerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	76
Tablo 73. Saat aralıklarına dikkat edenlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	76
Tablo 74. Saat aralıklarına dikkat edenlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	77
Tablo 75. Saat aralıklarına dikkat edenlerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	77
Tablo 76. İlacın dozuna dikkat edenlerin sosyal güvencelerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi kullanıldı. $p>0,05$).	78
Tablo 77. İlacın dozuna dikkat edenlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,005$).	78
Tablo 78. İlacın dozuna dikkat edenlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	79
Tablo 79. İlacın dozuna dikkat edenlerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	79
Tablo 80. İlaç kullanırken istenmeyen yan etki görüldüğünde neler yapılıyor?	80
Tablo 81. İstenmeyen yan etki görüldüğünde yapılanların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$) (Yan etki görmediğini söyleyen 324 kişi karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.).	81
Tablo 82. İstenmeyen yan etki görüldüğünde yapılanların cinsiyetlere göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$) (Yan etki görmediğini söyleyen 324 kişi karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.).	81
Tablo 83. İlaçtan yarar görülmediğinde neler yapılıyor?	82
Tablo 84. İlaçları kullanmadan önce son kullanma tarihine bakılması	82
Tablo 85. İlaçların son kullanma tarihine bakanların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$).	83
Tablo 86. İlaçların son kullanma tarihine bakanların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi kullanıldı. $p>0,05$).	83
Tablo 87. İlaçların son kullanma tarihine bakanların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$).	84
Tablo 88. İlaçların evde saklandığı yerler	84
Tablo 89. Evde bulunsun diye ilaç yazdırma durumu	85
Tablo 90. Evde bulunsun diye yazdırılan ilaçlar	85
Tablo 91. Evde bulunsun diye ilaç yazdıranların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi kullanıldı. $p>0,05$).	86
Tablo 92. Evde bulunsun diye ilaç yazdıranların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	86
Tablo 93. Evde bulunsun diye ilaç yazdıranların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi kullanıldı. $p<0,05$).	87
Tablo 94. Evde bulunsun diye ilaç yazdıranların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).	87
Tablo 95. Kullanılmayan ilaçların durumu	88
Tablo 96. Evde bitkisel tedavi uygulanması	88
Tablo 97. Evde bitkisel tedavi uygulanan hastalıklar	89
Tablo 98. Evde bitkisel tedavi uygulayanların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi kullanıldı. $p<0,05$).	90
Tablo 99. Evde bitkisel tedavi uygulayanların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi kullanıldı. $p>0,05$).	90
Tablo 100. Evde bitkisel tedavi uygulayanların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$).	91
Tablo 101. Akılcı ilaç kullanım skoru puanlarının cinsiyete göre dağılımı (T-test kullanıldı).	93

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil no	Sayfa no
Şekil 1: Yıllara göre yılda tüketilen ilaçların milyon değerinden kutu sayısı.	19
Şekil 2: Yıllara göre yılda tüketilen ilaçların milyar TL değerinden tutarı.	19
Şekil 3: Yıllara göre yılda tüketilen ilaçların ithal-yerli dağılımı.	19
Şekil 4: Yıllara göre yılda tüketilen yerli ve ithal ilaçların tutarlarının oranı.	20
Şekil 5: 2008 yılında en çok ilaç tüketen ülkeler.	20
Şekil 6: Yıllara göre tüketilen ilaç gruplarının oranı.	22
Şekil 7: Akılcı ilaç kullanım skoru puanlarının 100 üzerinden dağılımı (T-Test uygulandı).	91
Şekil 8: Akılcı ilaç kullanım skoru puanlarının 100 üzerinden eğitim durumlarına göre dağılımı.	92
Şekil 9: Akılcı ilaç kullanım skoru puanlarının 100 üzerinden sosyal güvencelerine göre dağılımı	93
Şekil 10: Akılcı ilaç kullanım skoru puanlarının 100 üzerinden oturdukları yere göre dağılımı.	94

KISALTMA LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AİK	: Akılcı ilaç kullanımı
AİKS	: Akılcı ilaç kullanım skoru
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
GSMH	: Gayri safi milli hasıla
İEİS	: İlaç endüstrisi işverenler sendikası
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
ORS	: Oral rehidratasyon sıvısı
OTC	: Over the counter(tezgah üstü satış)
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar kurumu
TİSAB	: Telefon ve internet saha araştırma birimi
ÜSYE	: Üst solunum yolu enfeksiyonu

ÖZET

Adana İlindeki İnsanların İlaç Kullanım Alışkanlıkları

Amaç: Akılcı olmayan ilaç kullanımı, tüm ülkelerin önemli sağlık sorunlarından. Ülkemizde de akılcı olmayan ilaç tüketimi alışkanlıkları ciddi bir sorun olup ilacın genel sağlık harcamaları içerisindeki payını da artırmaktadır. Çalışmamızın amacı; Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıklarının tanımlanması, insidansının saptanması ve veri tabanı oluşturulmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Adana ilinde planlanan örneklem büyüklüğü 1222 idi. Çalışmamız için aranacak telefon numaraları Adana ilindeki Türk Telekom santrallerinden seçilmiştir. Hazırladığımız Akılcı İlaç Kullanım Anketi görüşmeyi kabul eden 1111 kişiye telefonla uygulanmıştır.

Bulgular: Görüştüğümüz kişilerin % 63,5'i kadın bulunmuştur. Kadınların yaş ortalaması $42,71 \pm 14,1$, erkeklerin yaş ortalaması $41,67 \pm 15,8$ bulunmuştur. Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu ilkokul mezunu kişiler, ev hanımları ve 25 yaş altı kişiler bulunmuştur. % 15,5'inin sosyal güvencesi yoktur. Katılanların % 57,2'si doktora danışmadan ilaç kullanmaktadırlar. Doktora danışmadan ilaç kullanan 635 kişiden 625 kişi (% 98,4) ağrı kesici, ateş düşürücü kullandığını söylemiştir. Katılımcıların % 8'i akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullandıklarını belirtmişler, % 14,9'u akraba, arkadaş, komşularına ilaç tavsiye ettiklerini belirtmişlerdir. Tavsiye ile en çok kullanılan ilaç ve en çok tavsiye edilen ilaç ağrı kesiciler bulunmuştur. Katılımcıların % 30,5'i grip soğuk algınlığı durumlarında doktora sormadan antibiyotik kullandıklarını söylemişlerdir, % 47,9'u doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bıraktıklarını söylemişlerdir, % 85,8'i ilaçların son kullanma tarihlerine baktıklarını söylemişlerdir, % 28,9'u evde bulunsun düşüncesi ile ilaç yazdığını söylemişlerdir. Görüşülen kişilerin yarıya yakını ilaçların son kullanma tarihleri geçmişse çöpe attıklarını söylemişlerdir.

Sonuç: Çalışmamıza katılan kişilerin tüm sorulara verdikleri yanıtları Akılcı İlaç Kullanım Skoruna göre puanlarını hesapladık. 100 üzerinden tüm bireylerin aldıkları ortalama puan $68,366 \pm 13,5117$ bulunmuştur. Bu da Adana ilindeki insanların akılcı ilaç kullanım bilgisinin yeterli olmadığını, halkın eğitimi ile bilinç düzeyinin artırılması gerektiğini düşündürmektedir.

Anahtar Sözcükler: Adana ili, Akılcı ilaç kullanımı, Telefonla anket

ABSTRACT

Drug Usage Habits Of People In Adana

Aim: Non-rational usage of drug is very important problem of all countries. Also in our country, non-rational usage of drug is a serious problem and enhance the percent of medical cost in the general health payments. The present study was applied to identify the habituation and the incidence of drug usage in Adana, and then to form a database about this subject.

Material and Methods: We planned to conduct a survey with 1222 people in Adana. We used the telephone numbers belong to Turkish Telecom center in Adana. We could poll our questionnaire related with national usage of drug on 1111 people who accepted the telephone survey.

Results: The percent of women we interviewed was 63,5 %. The age mean of the women was $42,71 \pm 14,1$ and the age mean of the men was $41,67 \pm 15,8$. The majority of the participants was the people who have primary school graduate, housewife and younger than 25 years old. 15,5 % of the participants had no any benefit primary and 57,2 % of the participants said that they are applying self-medication. 625 out of 635 people (98,4 %) who haven't gone to doctor said that they used analgesics and antipyretics. 8 % of the participants said that they used the drugs according to their relatives, their friends or their neighbors. 14,9 % of the participants said that they also suggested some drugs to them. The most suggested drugs were analgesics. 30,5 % of the participants said that they used antibiotic before going to any doctor when they had the flu. 47,9 % said that they left to use the antibiotics earlier. 85,8 % said that they noticed the expiration date of the drugs. 28,9 % indicated that they had prescribed to have in stock at home. Nearly half of the participants said that they chucked out the drugs which expired.

Conclusions: We evaluated the answers of the all participants to the questionnaire according to rational usage of drug scores. We determined the mean score as 68,37%. This result may suggest that the people in Adana have no enough knowledge about rational usage of drug. This results also indicate that these people must been trained about this subject.

Key Words: Adana, Rational usage of drug, Telephone survey.

1.GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü ilacı “fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, alıcının yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün” olarak tanımlamaktadır.¹ Rönesans devri bilginlerinden Paracelsus “Bütün maddeler zehirdir, zehir olmayan hiçbir madde yoktur. Zehirle ilacı birbirinden ayıran onun dozudur” demiştir².

İlaç, bireysel ve toplumsal düzeyde hastalıkların önlenmesi ve hastalıklarla mücadelede önemi olan teknoloji ürünüdür.³ İlaç, doğru kullanıldığında insan sağlığını ve yaşamını tehdit eden olumsuzluklara son verirken, yanlış kullanıldığında yaşama son verebilen bir madde olması nedeniyle, insan ve toplum sağlığında önemli bir yere sahiptir.⁴

İlaçların akılcı kullanımında temel yaklaşım; ilacın doğru zaman, gereken nitelikte, gerektiği kadar ve gerektiği biçimde, hastalığın ve hastanın durumuna göre akılcı ve doğru kullanılması gerekliliğidir⁵.

İlacın, koruyucu ve tedavi edici etkilerinin yanında oluşturabileceği yan etkilerin varlığı ve sağlık harcamalarında önemli bir payı olması, ilaç kullanımını daha da önemli hale getirmektedir. Ayrıca tüketicinin bu konuda bilgi eksikliğinin olması konunun önemini daha da artırmaktadır. Tüm dünyada etkisiz, yüksek maliyetli, yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı konusunda halkın ve sağlık çalışanlarının bilinçlendirilmesi son derece önemli bir konudur. İlaç kullanımı sadece ilaçların reçeteye yazılmasında değil, ilaç kullanımı sırasında ortaya çıkan, geniş bir davranış alanı ve reçeteyi yazanla hasta arasındaki etkileşimle ilgilidir. Bu davranışlar tanı konulması, reçete yazma, ilacın verilmesi ve hastalar tarafından kullanılması süreçlerini içerir. Önemli olan bir nokta da bu süreçlerde meydana gelen problemlerin açık şekilde ortaya konmasının gerekliliğidir⁶.

Akılcı ilaç kullanımı, ilaç tedavisinin etkili, güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasına olanak tanıyan planlama, yürütme ve izleme sürecidir. Bu süreç, devletin, ilaç endüstrisinin, başta hekimler ve eczacılar olmak üzere sağlıkçıların ve toplumun akılcı davranmasını gerektirmektedir⁷.

Akılclı olmayan ilaç kullanımı günümüzde önemli bir sağlık sorunudur, akılclı olmayan ilaç kullanımı sonucunda antibiyotiklere karşı bakteriyel direnç, etkili olmayan tedavi, advers (ters) ilaç reaksiyonları, topluma ve hastaya ekonomik yük getirmektedir⁸. Akılclı olmayan ilaç kullanımı ile ilgili yapılan araştırmalarda tespit edilen temel problemler arasında; gereğinden fazla ilaç reçete edilmesi, ilaçların yanlış şekilde kullanılması, gereksiz yere pahalı ilaçların kullanımı, gereksiz yere antibiyotik tüketimi ya da gereksiz yere enjeksiyon önerilmesi sayılabilir⁹.

Ülkemizde her yıl akılclı olmayan ilaç kullanımına bağlı olarak büyük miktarda ilaç israf edilmektedir. Yapılan alışmalar, bu durumu açıkça ortaya koymaktadır. 2006 yılında Ankara Ticaret Odası (ATO) tarafından hazırlanan “İlaçta İsraf” konulu rapora göre; ülkemizde eczanelerdeki ilaçların ortalama % 7’si kullanım süresi dolduğu için çöpe atılmakta, evlerde ise ilaçların % 60’ının kutusu dahi açılmadan tarihi sona ermektedir. Tüm bu çöpe giden ilacın maliyeti ise yaklaşık 500 milyon doları bulmaktadır¹⁰.

Akılclı olmayan ilaç kullanımı az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha ileri boyutlarda olmakla birlikte, tüm ülkelerin önemli sağlık sorunlarındanr. Ülkemizde de akılclı olmayan ilaç tüketimi alışkanlıkları ciddi bir sorun olup ilacın genel sağlık harcamaları içerisindeki payını da artırmaktadır. Avrupa lkelerinde sağlık harcamalarının % 10-15’i ilaç harcamalarına ayrılırken, ülkemizde bu oran % 40’ın zerindedir¹¹.

2007 yılında ülkemizde yaklaşık 14 milyar dolarlık ilaç satışı gerçekleşmiştir. Kişi başına düşen yıllık ilaç harcaması yaklaşık 200 dolardır. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)’nın 2007 yılı ilaç harcaması 8,6 milyar YTL dir. SGK’ların toplam sağlık harcamaları içinde ilaç giderlerinin payı yaklaşık % 40-50 arasında seyretmektedir. Bu harcamaların içerisinde özel ilaç harcamaları % 25 civarında iken, SGK harcamaların % 75’ni karşılamaktadır. Cepten yapılan ilaç demeleri OECD lkeleri içindeki en yüksek orandır¹².

Gelişmekte olan ülkelerin endüstrileşmiş ülkelere göre sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarına daha çok pay aktarmaları; tedavi edici sağlık hizmetlerine daha çok öncelik verilmesi, ilaç sanayiinde dışa bağımlılık, hızlı teknolojik gelişmelerin sonucunda piyasadaki ilaç çeşitliliğinin artması ve yoğun antibiyotik kullanımı gibi faktörlerin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır.

Ülkemizde antibiyotik, ağrı kesici ilaçlar, antiromatizmal ilaçlar, soğuk algınlığı ilaçları ve vitaminler ilaç tüketiminin % 50'sini oluşturmaktadır. İlaç tüketiminde % 18,1 ile antibiyotiklerin en yüksek payı aldığı, % 12,3 ile ağrı kesicilerin, % 11 ile antiromatizmal ilaçların, % 8,4 ile soğuk algınlığı ve öksürük ilaçlarının oluşturduğu saptanmıştır¹³.

Ülkemizde ilaç tüketiminin amaca yönelik olmaktan çok, adeta bir savurganlık boyutunda olduğunu söylemek zor değildir. İlacı temin eden kişilerin birçoğunun evinde tümüyle kullanılmadan kalan ilaçlarla, küçük birer eczane doluluğuna ulaşmış olan ilaç dolaplarına bakılarak anlaşılabilir¹⁴.

Kişiler hasta olduklarında daha önceki deneyimlerinden hareketle; ellerindeki mevcut ilaçlardan herhangi birini kullanabilmekte, yakınlarının tavsiyesiyle ilaç alabilmekte ya da eczaneden doğrudan aldıkları kimi ilaçları kullanabilmektedirler. Böylece hekime danışmadan, kendi bildiğince veya başkasının önerisi ile ilaç alma yani self medikasyon, olarak anılan tehlikeli durumlara yol açan ilaçların kötü kullanımı adı verilen alışkanlık ortaya çıkmaktadır¹⁵.

İlaçların hekimin belirttiği doz ve biçimden farklı kullanılması, öngörülen süreden önce kesilmesi; olumsuz tıbbi sonuçların nedeni olabileceği gibi; evde bulundurulmuş kullanılmayan ilaçların sayısını da zamanla artırmaktadır. Bu da ülke ekonomisini olumsuz etkilemektedir¹⁶.

Dünyanın her yerinde olduğu gibi, ülkemizde de bilinçsiz ve reçetesiz ilaç tüketimi önemli bir problemdir. Günümüzde sebebi iyi olarak anlaşılmamış olmakla birlikte, ekonomisi güçlü, teknolojisi son derece ileri olan ve toplum sağlığı konusunda daha hassas davranan ABD ve diğer gelişmiş ülkelerde dahi bu tür problemlerin olduğu, reçeteli ilaçların reçetesiz bir şekilde illegal yollardan satılabildiği, bu ilaçların rahat bir şekilde satın alınabildiği ve bilinçsiz bir şekilde kullanıldığı bilinmektedir. Bazı ilaçların mediko-legal sınırlar içerisinde kullanılması ile bile tolerans, direnç, yan etkiler hatta ilaç bağımlılığına varan kötü sonuçların ortaya çıktığı bilinmektedir^{17,18,19}.

Gereksiz ve akılcı olmayan ilaç kullanımı, tanı ve tedavide ortaya çıkan güçlüklerle ilave olarak yanı sıra maliyet açısından hem bireyi hem de kamuyu gereksiz harcamalara yol açmaktadır. Tüm dünyada etkin olmayan, yüksek maliyetli, akılcı olmayan ilaç kullanımı ciddi bir sorundur ve toplam sağlık harcamaları içinde önemli yer tutmaktadır. Ülkemizde çok yaygın olan reçetesiz ilaç kullanımı bu konudaki

sakıncaları daha da artırmaktadır. Yüksek maliyetli, gereksiz ilaç kullanımı ülke ekonomisine ağır yük getirmektedir^{20,21}.

Bu çalışma, Adana ilindeki insanların ilaç kullanım alışkanlıklarının tanımlanması amacıyla bölgede yapılan ilk çalışma olup farmakoepidemiolojik çalışmalara örnek teşkil etmesi, ilaç kullanım davranışlarını incelemek, bu davranışları etkileyen faktörleri belirlemek ve veri tabanı oluşturmak amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Akılcı İlaç Kullanımı

1985 yılında Nairobi’de yapılan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün toplantısı Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) çalışmaları için başlama noktası sayılmaktadır. DSÖ’nün 1985 Nairobi toplantısında AİK; “kişilerin ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünüdür” olarak tanımlanmıştır^{22,23,24}.

Akılcı ilaç kullanımı kriterleri:

- 1) Doğru tanıya dayanmak
- 2) Uygun ilacı seçmek; gereken dozun uygun yoldan ve yeterli süre ile verilmesi
- 3) Tedavi başarısının, yan etkilerinin ve hasta uyumunun izlenmesi
- 4) Birden çok ilaç kullanılacaksa etkileşimlerini değerlendirmek
- 5) Tasarlanan tedavinin gerçekleştirilebilirliğini ve maliyetini dikkate almak

AİK süreci, hastanın probleminin dikkatlice tanımlanması, tedavi amaçlarının belirlenmesi ve değişik seçenekler içerisinde etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir bir tedavi seçilmesi, sonra da uygun bir reçete yazılıp, hastaya verilecek açık bilgiler ve önerilerle tedaviye başlanması, tedavinin sonuçlarının izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsayan sistematik bir yaklaşımdır.^{11,25}

2.1.1. Doğru Tanıya Dayanmak

Akılcı ilaç tedavisi kararı verilirken temel noktalardan biri tanının doğru konmasıdır. Doğru ve erken tanı başarılı bir tıbbi tedavinin ön koşuludur. Hekim, hastasındaki yakınmaları ve hastalık öyküsünü kendi saptayacağı belirtiler ile birleştirip, gerektiğinde yardımcı laboratuvar bulgularını da dikkate alarak hem klinik hem de etiyolojik tanıya varmak ister. Doğal olarak, hekimin bilgi birikimi ve deneyimi doğru

tanıya varmada en önemli etkenlerdir^{24,26}. Hastanın hekime başvurma nedeni, altta yatan hastalığa ait bir belirti, psikososyal veya sosyal bir sorun, anksiyete, ilaç yan etkisi, yeniden ilaç yazdırma isteği, tedaviye uyumsuzluk, koruyucu tedavi isteği veya bunların kombinasyonu olabilir. İlaç tedavisine karar vermeden önce mutlaka ilaç dışı tedavi seçenekleri gözden geçirilmeli ve hemen daima ilaç tedavisi ile birlikte diyet, eksersiz gibi gerekli yaşam biçimi değişiklikleri konusunda hasta uyarılmalıdır²⁷.

Günümüzde az gelişmiş ülkelerde hastanın hastalığının kanıta dayalı kesin teşhisi ve uygun tedavisi yerine şikayetlerinin giderilmesine yönelik semptomatik tedavi uygulaması, bu nedenle akılcı olmayan gereksiz ilaç kullanımı ön plandadır. Bu da gereksiz ilaç kullanımını ve tedavi maliyetini artırmaktadır²⁸.

2.1.2. Uygun İlacı Seçmek

Hekim hastasında saptadığı klinik tablonun semptomlarına, patogeneze ve etiolojisine yönelik etkili ilaçları seçerken eski fakat geçerli bir kural olan, “önce zarar vermemek” kuralının göz ardı edilmemesi gerekmektedir. İlaç ya da ilaçları seçerken var olan patolojiye etkinliğin yanı sıra, olası ilaç yan etkilerinin, hastada bulunması mümkün başka patolojilerin, fizyolojik değişkenlerin (yaş, cinsiyet, kilo, gebelik, emzirme...), günlük yaşam koşullarının (çalışma, eğitim, hobiler...) ve hastanın uyumunun dikkate alınması gerekmektedir.

İlaçların seçiminde, hastaya ve hastalığa uygunluğun özelliklerinin yanı sıra ilacın farmasötik formu, uygulama yolu ve biçimi ile tedavinin izlenmesindeki özellikler (plazma ilaç düzeyinin ölçümü, karaciğer fonksiyon testleri, hemogram vb.), ilacın farmakokinetik ve farmakodinamik nitelikleri, tolerans ve bağımlılık oluşturup oluşturmadığı, bilinen farmakogenetik yanı, alerjik ve idiosenkrazik reaksiyonlara yol açma yatkınlığı göz önünde tutulmalıdır²⁶.

Hekim; tedavi hedefini maksimum düzeyde tutmak için etkili ilaç gruplarından etkinlik, uygunluk, güvenlik, maliyet kriterlerine göre en uygun olan kişisel ilaç (K-ilac) hastaya uygulanmalıdır.

2.1.2.1. K-ilaç Seçiminde İzlenecek Adımlar

1. Hastalığın Tanımlanması:

2. Tedavi Amaçlarının Belirlenmesi:

3. Etkili İlaç Gruplarının Listesinin Yapılması: Bütün ilaç grupları için ilk seçim kriteri *etkinliktir*. Etkinlik yalnızca farmakodinamik özelliklere dayanmaz. Tedavi amacıyla, ilacın etkinliğinin en kısa sürede başlaması hedeflenmiştir. Bu nedenle ilacın farmakokinetik özellikleri de önemlidir. Yeterli doz ve sürede ilaç uygulanmalıdır.

4. Kriterlere Göre Etkili Bir Grup Seçilmesi: Bu süreçte diğer üç kriter kullanılmalıdır. *Güvenlilik, uygunluk ve tedavi maliyeti*. **Güvenlilik;** bütün ilaç gruplarının, çoğu ilacın etki mekanizmasının doğrudan sonucu olan yan etkileri vardır. Yan etkileri ve ilaç etkileşimleri göz önünde bulundurularak ilaç yazılmalıdır. **Uygunluk;** uygunluk genellikle hasta olan bireyin özelliklerine göre değerlendirilir, ilacın farmasötik şekli ve uygulanımı göz önüne alınmalıdır. İlacın kontrendike olduğu durumlar, saklama-kullanım kolaylığı sağlayabilen ilaçlar tercih edilmelidir. Uygunluk yönünden her zaman dikkat edilmesi gereken yüksek risk grupları: yaşlılar, çocuklar, gebeler, emzirenler, böbrek ya da karaciğer sorunu olanlar, ilaç alerjisi öyküsü olanlar, başka hastalığı olanlar, başka ilaç kullananlardır. **Tedavi maliyeti** açısından ilaçlar karşılaştırılmalı ve en iyi seçenek belirlenmelidir. Tedavi maliyeti kesinlikle sorgulanmalıdır. Bir hekimin, hastasının sağlık sigortasının koşullarını ve geri ödeme yollarını bilme zorunluluğu vardır.

5. K-ilacın Seçilmesi: Aktif madde ve farmasötik şeklinin seçilmesi, standart doz şeması seçilmesi, tedavi için standart bir süre seçilmesi süreçlerini içermelidir. Tedavi için seçilen en uygun ilaç grubunun içinden, yine aynı ölçüler kullanılarak bir ilaç molekülüne karar verilmelidir^{29,30,31}.

Tedavide az sayıda ama özellikleri iyi bilinen ilaçlar kullanılmalıdır. Tedaviye düşük dozda başlanıp, doz alabildiğince yavaş artırılarak hastanın ilaca cevabı göz önünde bulundurulmalıdır. Hasta tarafından tedaviye uyumu artırmak için ilaç tedavisi basitleştirilmelidir. Hasta ve hasta yakınları ilaç hakkında yeterli bir şekilde bilgilendirilmeli, reçete anlaşılır ve kolay okunur olmalıdır. Hasta yakınının ilaç kullanımını denetlemesi sağlanmalıdır. Tedavi düzenli olarak gözden geçirilmeli ve

gereksiz ilaçlar tedaviden çıkarılmalıdır. Hasta ve hasta yakınları ile iyi bir iletişim kurulması gerekliliği göz ardı edilmemelidir^{32,33}.

2.1.3. Tedavi Başarısının, Yan Etkilerinin ve Hastanın Uyumunun İzlenmesi

Akılcı ilaç kullanımının ilkelerinden bir diğeri uygun ilacın verilmesinden sonra, hastanın tedaviye uyumunun, ortaya çıkabilecek olası istenmeyen etkilerinin, hastalığın tedaviye yanıtının takip edilmesidir. Gerektiğinde ilacın kan ve plazma düzeylerinin ölçümlerinin yapılması, ilacın özelliklerine göre sistem fonksiyonlarının değerlendirilmesinin yapılması gerekmektedir. Hastanın ilacı alıp almadığı, hekimin tarif ettiği şekilde kullanıp kullanmadığı, tedaviyi yarım bırakmış ise nedenleri sorgulanmalıdır.

Hastanın reçete edilen ilaçları tavsiye edilen dozda, zamanda, sürede ve uyarılara uygun şekilde kullanması, tedavinin başarısını doğrudan etkilemektedir. Uyuncun artırılmasında hastanın eğitilmesi, hekimin hastasına daha fazla zaman ayırması, hastaya ilacın kullanımı ile ilgili açık, seçik kaleme alınmış broşürlerin, notların ve doz cetvellerinin verilmesi ve ilaçla ilgili olarak hekimin yaptığı bilgilendirmenin eczanede eczacı ve klinikte hemşire tarafından pekiştirilmesi önemli gerekliliklerdir. Hastanın ilacını alması gerektiğini hatırlamasını kolaylaştırmak amacıyla ilaç alım zamanları yemek öğünleri, yatma zamanı vb. olağan günlük etkinliklerle eşleştirilebilir. Ancak bunun için hastanın alışkanlıkları (örn. Yemek zamanları, diyet alışkanlıkları, uyku zamanları, seyahat sıklığı, vb.) hakkında bilgi edinilmelidir. Aksi halde, düzenli aralıklarla alınması gereken bir ilacın yemeklerde alınması öğütlendiğinde, hasta gece boyunca ilaçsız kalacak ve bu sürede ilaç kanda ve dolayısıyla etki yerinde terapötik eşik düzeyinin altına inecektir.

İlacın nasıl ve ne zaman kullanılacağı, tedavi süresi ve bu ilacın kullanılma amacı hastaya hem hekim, hem de eczacı tarafından anlatılmalıdır. Bu bilgiler eczacı tarafından mutlaka yazılmalıdır. İlacın uygulama yolu anlaşılır bir dille belirtilmelidir. Kullanım talimatları açık ve anlaşılır olmalıdır; tedavi, toksisite riskini azaltacak ve maksimum yararı elde edecek biçimde düzenlenmelidir.

Hekim tanı koymada ve akılcı tedavi kararı vermede ne kadar yetkin olursa olsun, tedavinin başarısı, hastanın hekimin söylediklerini anlaması ve doğru

uygulanmasına bağılıdır. Akılcı ilaç tedavisi kararının başarıya ulaşması, hastanın tedaviye uyumu ile doğrudan ilişkilidir ve bunun sağlanması da hasta ve/veya yakınları ile hekim arasında iyi bir iletişimi gerektirir.

Günümüzde ilaç, sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez bir parçasıdır. Doğru tanıyla birlikte uygulanan tedavi kişileri iyileştirirken, yanlış tedavi de kişilerin iyileşememesine, tekrar farklı bir tedavinin uygulanmasına hatta her ilacın toksik bir madde olması gerçeğiyle ölümüne bile sebep olabilmektedir. Örneğin; ABD’de hastane başvurularının % 8’ini istenmeyen ilaç reaksiyonları oluşturmakta ve bu nedenle ölüm sayısı yılda 150 bin kişiye yaklaşmaktadır. Fransa’da ise tüm zehirlenmelerin yaklaşık yarısı ilaç kullanımına bağlı zehirlenmelerdir.

Hekim tarafından hastanın kullandığı ilacın yan etkileri takip edilmelidir. Her ilacın istenmeyen etkileri olabilir. Önemli olan ilacın kullanılan dozlarında sağladığı yararlı etkilerin yanında bu yan etkilerin derecesinin ve sıklığının ne kadar olduğudur. Yan etkilerin artışı ilacın güvenilirliğini sınırlamakta ve bazen uygulamanın kesilmesine neden olmaktadır. İlaçların istenmeyen etkileri; doza bağımlı yalın toksik etkiler ile alerjik ve idiyosenkrazik etkiler gibi doza bağılı olmayan, beklenmedik biçimde gelişebilen etkiler olarak iki grupta incelenebilir. İlk tedavi etkilerinin görüldüğü dozdan en fazla etkinin alındığı ve toksik etkilerin ancak başladığı doza kadar olan dozların bulunduğu aralığa tedavi aralığı ya da tedavi penceresi denmektedir. Tedavi indeksi ile gösterilir. Hekim, hastasındaki klinik tablo için seçeceği ilacı belirlerken bu ilacın olası yalın toksik etkilerinin yanı sıra, tedavi indeksi değerini de dikkate almak zorundadır. Plazma konsantrasyon-yanıt ilişkisi kurulabilen ilaçlarda, plazma düzeylerinin ölçülmesi ile etkilerin ve yan etkilerin daha yakından değerlendirilmesi ve ilacın doz artırımlarının daha güvenilir biçimde yapılabilmesi sağlanmaktadır. Uzun süre kullanıldıklarında karaciğer, böbrekler, kemik iliği, periferik kan hücreleri, kalp ve iskelet kası gibi doku ve organlar için nadir de olsa toksik etki olasılığı bulunan ilaçlarla tedavi de belirli laboratuvar testlerine uygun aralıklarla başvurulur. İlaçların alerji riski olduğundan hekimin belli ilaçları kullanırken beklenmedik reaksiyonlar bakımından dikkatli olmasını ve hastasını yakından izlemesini gerektirmektedir^{26,27,34,35}. İlaç yan etkileri ve ilacın güvenliliği farmakovijilansın konuları arasına girmektedir.

2.1.3.1. Farmakovijilans

Farmakovijilans, ilaç güvenliliği ile ilgili sorunların saptanması, izlenmesi, değerlendirilmesi, ilaçlara bağlı olarak kısa ve uzun dönemde ortaya çıkması muhtemel advers etkilerin önlenmesi ya da en aza indirilmesi ile uğraşan, farmakoloji, toksikoloji ve epidemiyoloji başta olmak üzere, ilgi alanında ilacın bulunduğu bütün bilim dallarıyla, endüstriyle, düzenleyici otoriteyle ve ilgili diğer kuruluşlarla yakın ilişki içerisinde olan multidisipliner bir çalışma alanıdır, ayrıca gebelerde akılcı ilaç kullanımı da farmakovijilansın ilgi alanına girmektedir^{36,37}.

Son yıllarda ilaç kullanımında yaşanan artış, ilaçlara bağlı sorunların daha fazla tartışılmasını da beraberinde getirmiştir. İlaçların etkililiği ve güvenliliği başta olmak üzere ilaçlar hakkındaki bilgiler ve görüşler sürekli değişmekte, pazara yeni ilaçlar katılmakta ve mevcut ilaçlarla ilgili deneyim genişlemektedir. Birçok ilacın bilinen yan etkilerine yenileri eklenmektedir. Saptanan yeni advers etkiler bazen gereğinden fazla endişe kaynağı olmakta ya da tam tersine, hekimlere ve diğer sağlık personeline bu konudaki gerekli bilgilendirmelerin yapılmasında geç kalınabilmektedir. Mevcut ilaçlar için yeni endikasyonlar veya yeni kullanım yolları ortaya çıkmaktadır. Genel olarak, ilaç üreticilerinden, düzenleyici otoritelere kadar ‘ ilaç kullanımı’ ile ilgili bütün kişi ve kuruluşların tüm bu gelişmeleri takip etmesi ve üzerlerine düşen sorumlulukları yerine getirmesi beklenir^{36,38}.

Ciddi advers etkiler başta olmak üzere, ilaçlara bağlı yan etkiler, tahmin edilenden daha fazla öneme sahip halk sağlığı sorunlarına yol açmaktadırlar. Bazı çalışmalar göstermiştir ki; kullanılan bir çok ilaç ölüme neden olmaktadır. İlaç kullanımı ile ilgili veritabanlarına ve gelişmiş farmakovijilans sistemlerine sahip ülkelerde yapılmış çok sayıda kapsamlı farmakoepidemiolojik araştırmanın sonuçları, ilaçlara bağlı mortalite ve morbidite oranlarının oldukça yüksek olduğunu ortaya koymuştur^{36,38}. Farmakoepidemioloji, ilaçla ilgili toplumdaki olayların belirlenmesi ve dağılımının araştırılması ve etkili ilaç tedavisi uygulamasının araştırılması olarak tanımlanmıştır³⁹.

Farmakovijilans çerçevesi içinde yürütülen başlıca etkinlikler şunlardır:

- (i) İlaçların istenmeyen etkilerini arama, gözetleme (sürveyans), izleme ve sağlık mesleği mensupları ve hastaneler gibi sağlık bakımı kuruluşları tarafından bildirilmelerini sağlama,

- (ii) Sağlanan bilgilerin depolanması, bilgisayarlı veri tabanlarına işlenmesi, değerlendirilmesi, ilaç alımı ile nedensel ilişkilerinin araştırılması, ilacın yarar/ zarar risk analizinin yapılması ve zararı ortadan kaldıracak ya da azaltacak önlemler alınması,
- (iii) Toplanan ve analiz edilen verilerle ilgili olarak hekimler, sağlık kuruluşları, ilaç üreticileri ve/veya pazarlayıcıları ve farmakovijilans ile ilgili ulusal ve uluslar arası kuruluşlar arasında karşılıklı bilgi akışını sağlama.

Farmakovijilansın temel hedeflerini DSÖ şu şekilde tanımlamaktadır: (i) İlaç kullanımı ve tüm medikal/paramedikal girişimler ile ilgili olarak hasta bakımının güvenilirliğini artırmak, (ii) İlaç kullanımı ile ilgili olarak halk sağlığını ve halkın güvenilirliğini artırmak, (iii) İlaç kullanımı güvenliliği ile ilişkili sorunları saptamak ve elde edilen bulguların uygun biçimde açıklanmasını sağlamak, (iv) İlaçların risk, etkililik, yara ve zararlarının değerlendirilmesine katkıda bulunmak suretiyle zararlarından korumak ve maksimum yararı elde etmek, (v) İlaçların güvenli, rasyonel ve daha verimli, bu arada maliyetçe etkili (cost-effective) bir şekilde kullanımını sağlamak ve (vi) Klinik düzeyde farmakovijilansı anlamak üzere eğitim etkinliklerini teşvik etmek ve halk ile etkin bir şekilde haberleşmeyi sağlamaktır⁴⁰.

2.1.4. Tasarlanan Tedavinin Maliyetini Dikkate Almak

Akılcı ilaç kullanımına uygun bir tedavinin ekonomik açıdan da akılcı olması gerekmektedir. Hastalıkların tanı ve tedavi açısından ele alınıp değerlendirilmesi farmakoekonominin konusudur²⁵. Günümüzde klinikte uygulanan çeşitli tedavi ve tanı yöntemlerinin, maliyetine göre en etkili ve en verimli bir şekilde kullanılmasıyla ve bu şekildeki kullanıma ilişkin yaklaşımların ekonomik analizlerinin yapılmasıyla uğraşan klinik ekonomi dalı ortaya çıkmıştır. Bunun ilaçla tedavi, profilaksi ve ilaçla yapılan diğer girişimleri kapsayan bölümüne farmakoekonomi denilir.

Yeni ilaçlar dahil, yeni tedavi ve tanı teknolojilerinin son 45 yıl içerisinde giderek artan bir şekilde tıbbi kullanıma girmesi ve bunların bedelinin, geliştirme masraflarının yüksekliğinden doğan fazlalığı yanında, daha yoğun şekilde ilaç kullanan yaşlı nüfus kesiminin artması ve Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde sağlık bakımı

harcamalarının ekonomik kaynak artışı orantısız bir derecede artması, farmakoekonomi çalışmalarının ve ilaçla ilgili maliyet analizlerinin önemini artırmıştır. Bu olayda, ülke içi ve ülkeler arası iletişimin giderek yoğunluk kazanması sonucu halkın sağlık bakımı konusundaki bilgilendirme ve beklentilerinin artmasının, ayrıca hastalık tedavisinin yaşam kalitesi boyutunun giderek önem kazanmasının da katkısı olmuştur.

İlaçla tedavi dahil yeni tıbbi teknolojilerin kullanılması ile yapılacak kaliteli tedavi hizmetlerinden nüfusun elverdiğince büyük bir kesiminin yararlanmasının, kısıtlı kaynak kullanımı ile en uygun nasıl sağlayacağı farmakoekonomi araştırmalarının başta gelen konuları arasındadır⁴⁰.

İlaç, diğer endüstri ve sanayi ürünlerinden çok özel bazı farklılıklar göstermektedir; ilaca olan talep esnek değildir, tüketimi isteğe bağlı değildir. İlaça olan gereksinim fiyattan hiç etkilenmez. İlaça karar veren, bedelini ödeyen ve kullanan bireyler, farklı kişi ve kurumlardır. Hastanın ilaç seçiminde rolü yoktur, etkisi dönüşümsüzdür, ihtiyaç olduğunda anında kullanılması gereken bir maddedir. Ayrıca iade edilebilen bir madde olmaması onu diğer bütün maddelerden farklı kılmaktadır. Bu da diğer maddelerden bağımsız, özel bir konuma sahip “ilaç piyasası” oluşmasına neden olmaktadır⁴¹.

2.2. Akılcı Antibiyotik Kullanımı

Rasyonel antibiyotik kullanımının temel ilkeleri doğru ilacın, doğru endikasyonda, doğru dozda, doğru zamanda ve doğru yoldan uygulanmasıdır. Akılcı antibiyotik kullanımının etkin bir biçimde uygulanması, direnç gelişimin kontrolündeki en önemli ve temel basamaktır. Antimikrobiyal direnç hızındaki dikkat çekici artışın en önemli nedenleri hasta profilindeki değişiklikler, selektif antibiyotik baskısı, permisif çevre koşulları ve bütün bunların sonucunda gelişen ve çeşitlenen antimikrobiyal direnç mekanizmalarıdır. Antibakteriyel direnç sorununun altında yatan temel unsur uygunsuz antibiyotik kullanımıdır⁴². DSÖ bu durumun engellenmesi için temel ilaç listeleri geliştirmektedir. Üzerinde uzlaşılmış klinik rehberlere dayanan dikkatli seçilmiş sınırlı sayıdaki ilaçlar iyi ve daha düşük maliyetle ilaç tedariki sağlamak amacıyla daha akılcı reçete yazmaya öncülük eder⁴³.

Antibiyotiklerin en sık kullanıldığı olgular üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Üst solunum yolu enfeksiyonlarının % 90 etkeni virüslerdir. Virüslere bağlı üst solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisinde antibiyotiklerin rolü yoktur⁴⁴. Antibiyotikler pratisyen hekimler tarafından en çok reçete edilen ilaçlardır⁴⁵. Antibiyotikler sıklıkla gereksiz endikasyonlarda ve/veya yetersiz doz ve sürede reçete edilmektedir. Uygun olan antibiyotik tedavisi seçilirken göz önünde bulundurulması gereken temel ve kritik unsur antibiyotiğe ihtiyaç olup olmadığıdır. Antibiyotik tedavisinin gerekli olduğuna karar verildiği zaman fayda, güvenlik, maliyet ve direnç konuları araştırılmalıdır⁴⁶.

Bir çok gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de antibiyotikler en çok tüketilen ilaç grubudur⁴⁷. İlaç uygulamalarında büyük bir yeri olan antibiyotik grubunun tüketiminin akılcı hale getirilmesi tedavi maliyetlerini de önemli oranda düşürecektir⁴⁸.

Antibiyotiklerin bilinçsiz ve aşırı kullanımı tüm dünyada sorun olmakla beraber en ağır ekonomik ve ekolojik etkileri az gelişmiş ülkelerde görülmektedir. Reçetesiz ilaç alımındaki kolaylıklar da antibiyotiklerin uygun olmayan biçimde kullanımını da artırmaktadır³².

2.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

Endikasyon bakımından yanlış ilaç seçimi ve etkisi şüpheli ilaçların kullanılması, ilaca ulaşmak ve erişmek, edinebilmek, güvenli ve etkili ilaç sağlanmakta yetersizlik ve ilacı uygun olmayan doz, zaman aralığı ve farmasötik biçimde kullanmak akılcı olmayan ilaç kullanım özelliklerini içermektedir.

Akılcı olmayan ilaç kullanımının yaygın türleri: Aşırı sayıda ilaç kullanımı, ilaç tedavisinin gerekmediği durumlarda ilaç kullanımı (virüs kökenli ÜSYYE’de antibiyotik kullanımı), ilaç tedavisi gerektiren spesifik durumlarda yanlış ilaç seçimi(çocukluk yıllarında yaşanan ishallerde ORS yerine tetrasiklin kullanılması), kesin olmayan/kanıtlanmamış yan etkileri olan ilaçların kullanımı, kesin olmayan güvenlik statüsünde ilaçların kullanımı, doğru ilaçların yanlış yol ile, yanlış dozlarda ve yanlış sürelerde kullanımı, gereksiz pahalı ilaç kullanımı, klinik klavuza uymayan reçeteleme, reçetesiz ilaç temini, kronik hastalığı olanlarda uygunsuz ve yetersiz ilaç kullanımı ciddi zararlara yol açabilir^{32, 49}.

Akılcı olmayan ilaç kullanımının hem tıbbi hem de ekonomik sonuçları vardır. Tıbbi açıdan uygun olmayan tedavi gereksiz ıstıraba ve ölüme, iatrojenik hastalıklara, hastane girişlerine ve artan antimikrobiyel dirençce yol açabilir. Akılcı olmayan kullanım halkın sağlık bakım sistemine olan güvenini, tedavi edici ve önleyici hizmetlere olan erişim oranını azaltmaktadır⁴³.

2.4. Akılcı İlaç Kullanımında Alınacak Sorumluluklar

2.4.1. Akılcı İlaç Kullanımında Hekim Sorumluluğu

Hekimlerden kaynaklanan nedenler akılcı olmayan ilaç kullanımı sorununun temelini oluşturmaktadır. Gereğinden fazla ilaç kullanımı ve enjeksiyon uygulanması, gereksiz yere ilaç reçetelendirilmesinin ve ihtiyaç fazlası ilaç tüketilmesinin sonucudur. En çok tüketilen ilaçların başında antibiyotikler, ağrı kesiciler ve soğuk algınlığı ilaçları gelmektedir. Çoklu ilaç kullanımı ve polifarmasi, pekçok hekimin sık yaptığı hatalardan birisidir. Yanlış tanı yanlış ilaç kullanımı, güvenliği şüpheli ilaçların kullanımı ilaç reçetelendirmede yapılan hatalardır⁵⁰. Reçete yazma akılcı tedavinin hayati bir parçasıdır. Kötü yazılmış bir reçete klinik tedavi planını olumsuz etkilemektedir⁵¹. Hekimlerin akılcı olmayan reçete yazımı akılcı olmayan ilaç kullanımına yol açmakta, halkın sağlığını olumsuz etkilemekte, sağlık kalitesini düşürmektedir. Kamboçya’da yapılan çalışmada 3 sağlık merkezindeki 330 reçete incelenmiş, her bir reçetede ortalama 2,35 ilaç yazılmış, reçetelerin büyük kısmı ters ilaç reaksiyonları oluşturacak biçimde bulunmuştur. Reçetelerin % 66’sında antibiyotikler yazılmıştır⁵².

Günümüzde belirli bir endikasyonda kullanılmak üzere geliştirilmiş çok sayıda ilaç vardır. Ancak bu ilaçlar etki güçleri, biyoyararlanım özellikleri, toksik etkileri, kullanılış şekilleri ve tedavi maliyetleri açısından farklılıklar göstermektedir. Hekim hastaya kanıta dayalı kesin tanıyı koyduktan sonra, yazacağı ilaca karar verirken bütün bu farkları göz önüne alarak hastası için en doğru ve tedavisi en uygulanabilir olanı seçmek zorundadır. Hekim iyi bir ilaç bilgisinin yanı sıra ülkede uygulanan sağlık ve ilaç politikalarını, sağlık ve ilaçla ilgili mevzuatı, Sağlık Bakanlığının tutumunu bilerek kanıta dayalı ilaç seçimi yapmak zorundadır. Hastalar için en uygun, en yararlı, kolay uygulanabilir ve en elverişli ilaçları seçmek hekimin sorumluluğudur. Akılcı ilaç

kullanımında tedavi maliyeti de hekimin sorumluluğunda başlayan bir konudur. Hekim uygun, güvenilir ve en etkili tedaviyi seçerken tedavi maliyetini de göz önünde bulundurmalı, ülkenin ekonomik ve sosyal göstergeleri ile sağlık bakanlığı ve sosyal güvenlik kurumlarının politikalarını ve gerekli mevzuatı bilerek seçim yapmalıdır. Hekim reçete ettiği ilaçlar hakkında da hastaya gerekli tüm bilgileri vermeli, hastanın kendisini anlayıp anlamadığı sorgulanmalıdır^{41,53}.

2.4.2. Akılcı İlaç Kullanımında Eczacı Sorumluluğu

Reçeteler esas olarak eczacılara yönelik yazılardır. Üzerinde hastanın ilacı nasıl kullanacağına ilişkin bilgiler bulunmakla beraber, bu bilgiler öncelikle eczacıya yöneliktir. İlaçları hazırlama ve hastalara verme yetkisi de eczacılara verilmiştir. Bu yetkinin getirdiği sorumluluk da hastaların ilaçları uygun şekilde kullanabilmeleri için eczacılar tarafından bilgilendirilmesi gerekliliğidir. Eczacı reçetede ilaçları temin etmeli, eğer görürse hataları doktor ile işbirliğine girerek düzeltmeli, hekim tarafından tarif edilse bile kullanımı ve ilacın saklama koşulları hakkında yeterli düzeyde bilgi vermelidir.

Reçetesiz verilmesi yasak olan ilaçların ülkemizde yaygın olarak eczaneden satın alınması da eczacı sorumluluğundadır. Türkiye’de bağımlılık yapıcı olsun ya da olmasın bütün tıbbi ilaçların reçete ile satılması esastır. Ancak sık görülen ve çoğu kez kişinin sağlığını tehdit etmeyen ve kısa sürede kendiliğinden geçen bazı hastalık durumlarında kullanılan ilaçlar kişinin bunları kolayca alıp kendi başına kullanması (self-medikasyon) için reçetesiz satılabilirler. Reçetesiz satılan veya satılması uygun olan ilaçlar arasında şunlar sayılabilir: Aspirin, asetaminofen ve ibuprofen gibi uzun yıllar denenmiş ağrı kesiciler, yara ve birinci derece yanık gibi durumlarda dışarıdan kullanılan antiseptik ilaç müstahzarları, bağımlılık yapmayan sentetik öksürük kesici ilaç müstahzarları, oral ya da dıştan kullanılan antihistaminik müstahzarları, soğuk algınlığına karşı kullanılan vazokonstriktör ve antihistaminik ilaç kombinasyonları, bazı oftalmik merhem ve solüsyonlar, bazı burun damlaları veya spreyleri, antiseptik kulak damlaları, günlük tavsiye edilen rasyon miktarını aşmayan dozda vitamin içeren multivitamin müstahzarları. Bu ilaçlara “tezgah-üstü” (over the counter, OTC) ilaçlar adı verilir.

Halen ülkemizde reçetesiz satılması öngörülen müstahzarların sayısı çok azdır. Buna karşılık, yukarıda belirtilen kontrol altındaki özel ilaçlar dışında, reçete ile satılması gereken ilaçların tüme yakını eczanelerden reçetesiz almak mümkündür. Yasaya aykırı bu eylemli durum karşısında Türkiye’de ilacın eczaneden reçete ile alınmasını zorunlu kılan iki neden vardır: (i) Devlet sektöründe çalışan memur ve işçilerle, bunlardan emekli olanların kendileri ve bakmakla yükümlü oldukları aile bireyleri için yazılan reçete bedeli çalışılan Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı kuruluş tarafından kısmen geri ödenir. Özel sektörde çalışan sigortalıların ve kendi iş yerlerinde çalışan sigortalıların ilaç bedeli geri ödemesi sırasıyla SSK ve Bağ-Kur tarafından ve yeşil kart sahiplerinininki Sağlık Bakanlığı tarafından yapılır; bu uygulama emeklilikte de devam eder. Geri ödeme için reçetenin eczaneye teslimi gerekir. (ii) Sağlık Bakanlığı son yıllarda belirli ilaç ürünlerinin mutlaka reçete ile eczaneden alınmasını öngören bir liste yayınlamıştır. Bu listedeki ilaçlar geri ödeme söz konusu olsun veya olmasın sadece reçete ile alınabilirler. Sonuç olarak, Türkiye’de halen eczanelerde reçete zorunluluğuna uyulmamakta ise de, bölgeler arasında farklılıklar göstermekle birlikte, ilaçların bedelce yaklaşık % 70’i geri ödemededen yararlanmak için zorunlu olarak reçete ile alınmaktadır^{27,40,41}. Almanya’da 2005 yılında yapılan çalışmada satılan ilaçların % 45’i reçeteli ilaç iken, % 10’u reçetesiz ilaçlar olduğu bulunmuştur⁵⁴.

2.4.3. Akılcı İlaç Kullanımında Toplum Sorumluluğu

Akılcı ilaç kullanımında önemli bileşenlerden birisi de hastanın ilacı kullanma alışkanlığı, tedaviye uyumu, yani reçete edilen ilaçların tavsiye edilen dozda, zamanda ve uyarılara uygun şekilde kullanılmasıdır. Bu faktörler yerine getirilmediğinde, tedaviye yönelik diğer çabaların verimliliği de önemli oranda düşmektedir⁵⁵.

Hastaların reçete edilen ilaçlara yetersiz uyumunda rol oynayan faktörler arasında şunlar yer almaktadır: Reçetenin alınmaması, pahalı olması, ilaç kullanma amacının açık olmaması, ilacın etkisiz olduğunun düşünülmesi, gerçek yan etki oluşması ya da yan etki oluşacağının düşünülmesi, kullanma talimatının açık olmaması, yan etki riski ve ciddiyeti hastanın algılamasının hekiminkinden farklı olması, ilacı almada fiziksel güçlük (çok küçük tabletler, ilaç kutusunun zor açılması), hoş olmayan formülasyon (ilacın acı olması), karmaşık tedavi planı, hastanın hekimin bilgisinin

yetersiz olduğunu düşünmesi, hastanın, hekimin reçete yazarken ilaç firmaları gibi dış etkenlerin etkisinde olduğunu düşünmesi, hastanın hekim tarafından yeterince dinlenmediğine inanması, hekime güvenilmemesi, hastanın yeterince yakın davranıldığını hissetmemesi, reçete kararının hastayla paylaşılmamış olması. Tüm bu faktörler iyi bir hekim-hasta iletişimi, hasta ile karşılıklı güven ve anlaşma ile çözümlenebilecek durumlardır⁵⁶.

Akılcı olmayan ilaç kullanımının eğitim eksikliğinden başlayarak sosyokültürel, ekonomik, yönetsel ve düzenleyici mekanizmalardan kaynaklanan birçok nedeni vardır. Bu nedenlerin çoğu birbirini etkilemekte ve sorunu daha da karmaşık hale getirmektedir. Hekimlerden kaynaklanan nedenler sorunun temelini oluştursa da hastalardan kaynaklanan nedenler de akılcı ilaç kullanımını etkilemektedir¹⁰. Alışkanlıkların insanların davranışlarında çok güçlü etkisi vardır. Akılcı ilaç kullanımı alışkanlıklarının olumlu davranışların artırılması sonucu değiştirilebileceği Ludhiana’da 40 internle yapılan çalışmada gösterilmiştir⁵⁷.

Akılcı ilaç kullanımında topluma düşen sorumluluk ise; ilaçların akılcı tüketimidir. Aslında bu sorumluluk; toplumla sağlık çalışanları ve kitle iletişimcileri arasında paylaşılmaktadır. Akılcı ilaç kullanımı ilaç bilgi desteğinin sürekliliği ile yakından ilgilidir. Akılcı ilaç kullanımına yönelik kararların verildiği her kademedede, yeterli ilaç bilgisine gereksinim vardır. İlaç bilgisi; tarafsız, doğru, eksiksiz, güncel, erişilebilir ve kullanılabilir olmalı ve sürekli geliştirilmelidir⁵⁸.

Tüketicilerin, akılcı ve güvenli, doğrudan ilaç satın alınması için gerekli imkanlara sahip olmaları ve ticari ilaç promosyonu varlığı nedeniyle, kendi kendine ilaç tedavisinin ve etik olmayan ilaç pazarlamasının ortaya çıkması, ilaç tüketenler tarafından büyük kavram hataları yapıldığını yanlış ilaç kullanıldığını ve yanlış ilaç kullanımının ölüme yol açtığını bildiren bir çok yayın vardır. Tüketiciler resmi tedavi imkanlarını kullansalar bile, ilaç kullanımını son olarak belirleyen onların karar verme mekanizmalarıdır. Bu kararlar, ailenin, arkadaşların veya bir toplumun inançları, reçete yazanlarla ilaç hazırlayıcılardan alınan bilgiler ve teşvik edici şeylerden etkilenmektedirler. Hastalar da ilaç alma esnasında tedavi seçenekleri hakkında, yan etkiler dahil, bilgi edinme ihtiyacı duyarlar⁵⁹.

Hastaların da uygun farmakoterapi konusunda kendi anlayışları vardır ve hastalar tedavinin tamamıyla bilgilendirilmiş ortak katılımcısı olmalıdır. Hastaların

perspektifinden bakıldığında ise akılcı (rasyonel) kelimesi farklı şekilde anlaşılabilir. Tıbbi olarak rasyonel olan tüketici açısından rasyonel olmayabilir. Tüketici için bir ilacın akılcı kullanımını kültürel ve ekonomik bazı faktörler etkiler. Kişi alması gerektiği halde alım gücü yetmediği için tedavi edici dozdaki antibiyotiği alamayabilir ya da ağrısını gidermek için iyi beslenme ve dinlenme daha faydalı olduğu halde tüm parasını analjeziklere yatırabilir⁵⁰.

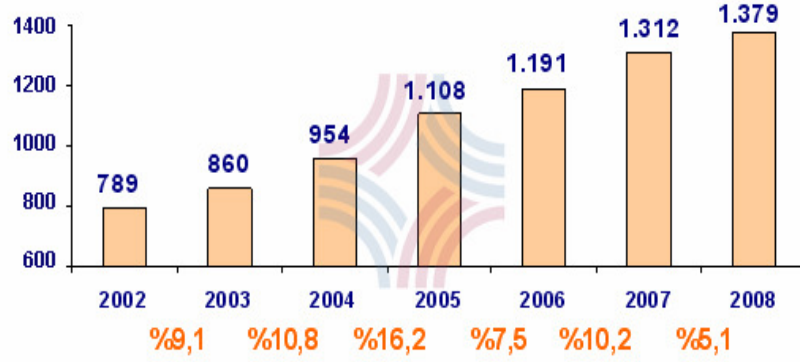
2.5. İlaç Harcamaları

Günümüzde ilaç sanayi sağlık sektörünün önemli bir unsuru olarak dikkat çekmektedir. Son on yılda ilaç endüstrisinin mortalite ve morbidite azalmalarında önemli bir rolü olmuştur ve olmaya devam etmektedir. İlaç sektörüne devletin müdahalesi hem sağlık hem de ekonomik politika ile ilgilidir. Ülkemizde İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası'nın 2008 verilerine göre ülkemizde 98 yerli, 36 yabancı yabancı ilaç firması mevcuttur. Bunlardan 85 adedi ilaç üreticisi, 11 adedi hammadde üreticisi, 38 adedi ise ithalatçıdır. 2008 yılında ithalat % 23,7 oranında artarak 4,36 milyar Dolar, ihracat ise % 17,8 oranında büyüyerek 421 milyon Dolar olmuştur. 2007'de % 10,2 olan ihracatın ithalatı karşılama oranı 2008'de % 9,7'ye gerilemiştir.

Ülkemizde pek çok tedavi grubundan ilaç ithalatı olmakla beraber ağırlıklı olarak, çok yeni ve ileri teknoloji gerektiren preparatlar, bazı aşılar, kan faktörleri, bazı kontrollü salım sistemine sahip ilaçlar, insülin ve kanser ilaçları ithal edilmektedir. İlaç endüstrisi çok gelişmiş olanlar dahil tüm ülkelerde, ilaç ve hammaddesi ithalatı yapılmaktadır. İlaç sektörü için önemli olan ithalat miktarı değil, ihracatın sektör kapasitesinin gerisinde kalması ve dış ticaret dengesinin ithalat lehine olmasıdır. Eşdeğer ilaç üretim ve kullanımının desteklenmesiyle, Türkiye'nin, rekabet gücünün artırılması ve bu yöndeki ihracat potansiyelinin geliştirilmesi mümkün olacaktır^{60,61}.

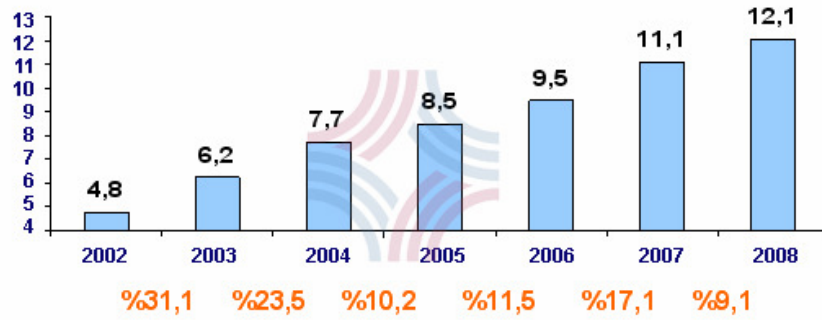
2008 yılında Türkiye reçeteli ilaç pazarı tutar olarak % 9 oranındaki büyümeyle 12 milyar TL'ye (9,3 milyar Dolar) çıkmıştır. Kutu olarak % 5 oranında büyümeyle 1,38 milyar kutuya ulaşmıştır (Şekil 1,2,3,4). 2008 yılı kişi başı ilaç tüketimi ise 136 dolardır.

Milyon Kutu



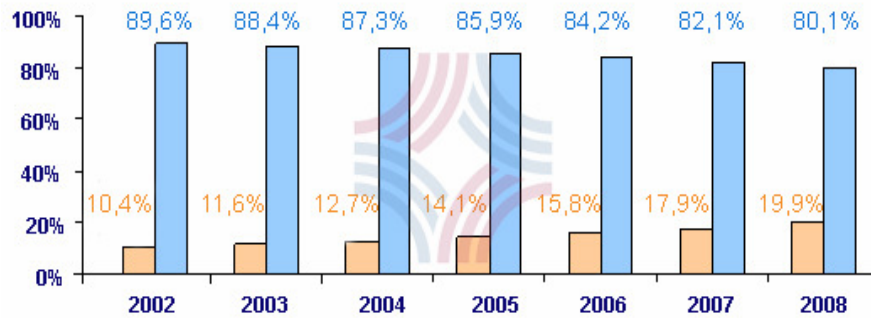
Şekil 1: Yıllara göre yılda tüketilen ilaçların milyon değerinden kutu sayısı.
Kaynak:IMS, İEİS⁶⁰ *(Değişim oranları)

Tutar(Milyar TL)



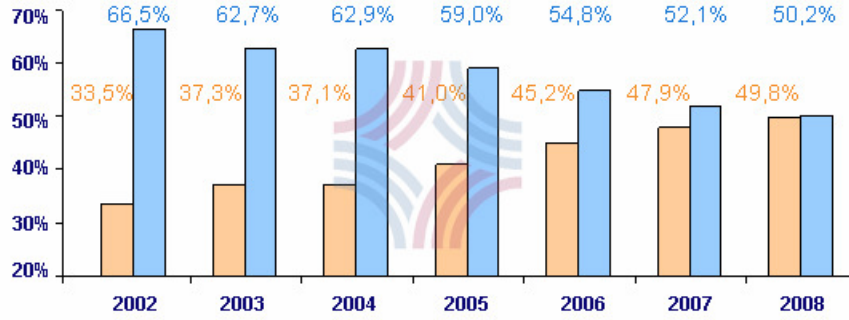
Şekil 2: Yıllara göre yılda tüketilen ilaçların milyar TL değerinden tutarı.
Kaynak:İEİS⁶⁰

İthal-Yerli Dağılımı



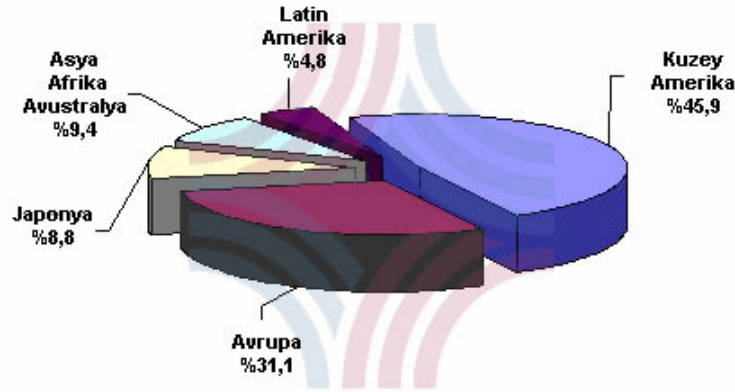
Şekil 3: Yıllara göre yılda tüketilen ilaçların ithal-yerli dağılımı.
Kaynak:İEİS⁶⁰ Sarı: İthal Mavi: Yerli

Tutar



Şekil 4: Yıllara göre yılda tüketilen yerli ve ithal ilaçların tutarlarının oranı.
Kaynak:İEİS⁶⁰

Dünya İlaç Pazarı 2008



Şekil 5: 2008 yılında en çok ilaç tüketen ülkeler.
Kaynak⁶⁰

Ülkemizde ilaç tüketimi ciddi bir sorundur. Ülkemizde ilaç masrafları Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, Bağ-kur, Kamu Kurum ve Kuruluşları ile bir kısım özel sandıklar, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu (yeşil kart) tarafından sağlanmaktadır. Ülkemizde ilacın genel sağlık harcamaları içerisindeki payı gelişmekte olan ülkelere göre bile fazladır. Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının genelde % 10-15 arası ilaç harcamasına giderken bu durum ülkemizde çok yüksektir³⁴.

Günümüzde OECD ülkeleri başta olmak üzere gelişmiş ülkelerde ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı % 20'lere yaklaşırken, gelişmekte olan ülkelerde ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı % 20-40 arasında değişmektedir. Ülkelerin ilaç harcamaları ve sağlık harcamaları ile ekonomik büyümelerindeki (Gayri Safi Milli Hasıla: GSMH) artışlar arasında sıkı bir ilişki vardır. Ülkelerin gelir seviyesi ve endüstrileşmesi yükseldikçe sağlık hizmetlerine daha çok kaynak aktarılmakta ve dolayısı ile ilaç harcamaları da düşük gelirli ülkelere göre oldukça yüksek miktarda gerçekleşmektedir⁶².

Üretim yöntemi ile hesaplanan gayri safi milli hasıla tahmininde, 2008 yılında 950 098 milyon TL, 2009 yılının ilk iki döneminde ise; birinci ilk üç aylık dönemde 209 433 milyon TL, ikinci üç aylık dönemde ise 228 817 milyon TL olmuştur⁶³.

Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının GSMH içindeki oranı 2008 yılında % 6,3'tür. 2007 yılında % 4,1'dir, 2005'te % 5,7'dir. Bu oran OECD ülkelerinin ortalaması olan % 8,9'dan düşüktür. Türkiye 5,7 ile en son sıradadır. Amerika 15,3 ile ilk sırada, onu İsviçre, Almanya, Fransa, İzlanda ve Belçika takip etmiştir⁶⁴.

OECD ülkeleri başta olmak üzere son 20 yılda ilaç endüstrisinde yaşanan gelişmeler toplumların sağlık statüleri üzerinde olumlu etkiler yapmasına rağmen piyasaya sunulan ilaç sayısının artması ile birlikte ülkelerin sağlık harcamaları içinde ilaç giderleri önemli bir yer tutmaya başlamıştır⁶².

Türkiye'de ilaç ürünlerine yapılan sağlık harcamaları toplam sağlık harcamaları içerisinde oldukça yüksek bir paya sahiptir. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve diğer kamu kurumlarının 2003 yılında ilaç ürünleri için yaklaşık altı katrilyon lira ilaç harcaması gerçekleştirdiği tahmin edilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumlarının toplam sağlık harcamaları içinde ilaç giderlerinin payı yaklaşık % 45-50 arasında seyretmektedir⁶⁵.

Kamu sağlık harcamaları 2002 yılında 13,7 milyar TL iken 2007 yılında 35,3 milyar TL'ye ulaşmıştır. 2007 yılının toplam kamu sağlık harcamalarının % 70'ini Sosyal Güvenlik Kurumu (% 58,5) ve yeşil kart (% 11,5) harcamaları oluşturmuştur. Sağlık Bakanlığı harcamalarının GSMH'ya oranı 2008 yılında % 1,46'dır. Sosyal Güvenlik Kurumu sağlık harcamalarının GSMH'ya oranı % 3,09'dur⁶⁶.

Toplam SGK (SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı) sağlık harcamaları 2002 yılında 7,6 milyar TL, 2007'de 20 milyar TL, 2008'de 30 milyar TL'ye çıkmıştır. SGK'nın

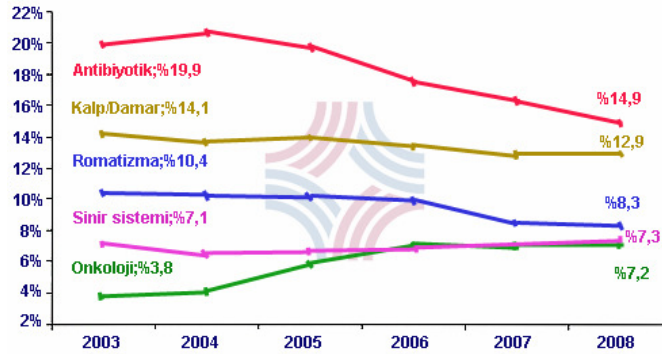
2002 yılında 4,3 milyar TL olan ilaç harcamaları 2007’de 8,85 milyar TL, 2008’de de 12 milyar TL’ye yükselmiştir⁶⁷.

İlaç tüketiminde dünya lideri olan ve dünya ilaç pazar payının yarıya yakınına sahip olan ABD’de 2006 yılında üretici fiyatlarıyla eczaneler kanalıyla 198 milyar dolar ilaç tüketilmiştir. Aynı yıl ABD’nin milli geliri 13,2 trilyon dolar, kişi başı milli geliri de 44 bin dolardır. Kişi başına tüketilen ilaç miktarıysa 661 dolardır. İngiltere’de 2006 yılında 15,7 milyar dolar ilaç tüketilmiştir. Aynı yıl milli geliri 2,3 trilyon dolar, kişi başı milli gelirse 39 bin dolardır. Kişi başına tüketilen ilaç ise 260 dolardır. Türkiye’de 2006 yılında 7 milyar dolar ilaç tüketilmiştir. Milli gelirimiz 400 milyar dolar, kişi başı milli gelirimiz de 5500 dolardır. Kişi başı ilaç tüketimimiz ise 100 dolardır, yani 2006 yılında ABD’nin kişi başı ilaç tüketimi Türkiye’nin 7 katı, İngiltere’nin kişi başı ilaç tüketimi ise Türkiye’nin yaklaşık 2,5 katıdır. Türkiye’de 2006 yılında ilaç tüketiminin ulusal gelire oranı % 1,75’dir, ABD’de bu oran 1,50’dir^{68,69}.

2.5.1.Tedavi Gruplarına Göre İlaç Tüketimi

Pazarda, tutar ölçeğinde, ilk 5 tedavi grubu sıralamasında ilk 5 tedavi grubu sıralamasında bir önceki yıla göre bir değişiklik olmamakla birlikte, antibiyotiklerin Pazar payındaki düşüş, buna karşın onkoloji ilaçlarının Pazar payındaki artışı devam etmiştir.

Tedavi Grupları(TL bazında)



Şekil 6: Yıllara göre tüketilen ilaç gruplarının oranı.

Kaynak⁶⁰

Türkiye’de tedavi gruplarına göre ilaç kullanım oranlarına baktığımızda ilk sırayı antibiyotikler almaktadır, sonra ağrı kesici ilaçlar, romatizmal ilaçlar ve soğuk algınlığı ilaçları gelmektedir (Tablo 1)⁶².

Tablo 1. Türkiye’de tedavi gruplarına göre ilaç kullanım oranları (Kutu)

Tedavi Grubu	1999 yılı %	2000 yılı %	2001 yılı %	2002 yılı %
Antibiyotikler	20,4	19,0	18,2	18,1
Ağrı kesici ilaçlar	13,2	12,0	12,1	12,3
Romatizmal ilaçlar	10,2	11,0	11,6	11,0
Soğuk algınlığı ve öksürük ilaçları	8,9	8,6	7,9	8,4
Vitaminler, antianemikler	7,2	7,3	6,5	6,4
Dermatolojik ilaçlar	5,2	5,3	5,4	5,3
Sindirim sistemi ilaçları	5,0	5,3	5,2	5,2
Kalp damar hast. ilaçları	4,4	4,8	5,5	6,3
Hormonlar	4,0	4,3	4,5	4,5
Kulak, burun, boğaz, göz ilaçları	4,1	4,2	4,4	4,3
Sinir sistemi ilaçları	2,9	3,2	3,5	3,7
Spazm çözücüler	1,7	1,7	1,7	1,7
Astım ilaçları	1,4	1,3	1,5	1,6
Antihistaminikler	1,3	1,4	1,3	1,2
Antihipertansifler	1,0	1,0	1,1	1,0
Laksatifler	1,0	1,0	1,1	1,1
Diyabet ilaçları	0,8	0,8	1,1	1,2
Parazit ilaçları	0,9	1,0	0,7	0,7
Diğer ilaçlar	6,3	6,8	6,7	6,4

Kaynak⁶⁰

2.6. Anket Yöntemleri

Anket; sağlık, iktisat, siyaset ve sosyal alanlarda karar verme sırasında karşılaşılan belirsizlikleri ve bilgi eksikliğini gidermek, problemleri teşhis etmek, aydınlatmak, çözüm bulmak için başvurulmuş sistematik ve planlı bir veri toplama yöntemidir. Anket yönteminin temelini, bir evren ya da örnekleme oluşturan birimlerden sistematik biçimde bilgi elde edebilmek oluşturur. Bu amaçla, yazılı ya da sözlü sorular sorarak bunların yanıtlarına ulaşmaya çalışılır, veri toplama aracı anket formu olarak

adlandırılır. Anket formunda yer alacak soruların yazılı ya da sözlü sorulabilmesinde çeşitli faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.

- Cevaplayıcıların kültür düzeyleri
- Cevaplayıcıların taraf tutma eğilimleri
- Bölgesel davranışlar
- Cevap vereceklerin meslekleri

Anket tekniğinde, ihtiyaç duyulan bilgilere sahip olan kişilere sözlü ya da yazılı sorular sorulur, bunları cevaplamayı kabul eden kişilerin verdikleri cevaplar alınır, kaydedilir, değerlendirilir ve bir sonuca varılır. Anket, bu bakımdan araştırmacı ile bilgiyi veren kişiler arasında bir iletişim sürecini içerir. Bu sebeple anket tekniği ne olursa olsun anketi uygulayan ya da yapılandıran kişinin iletişim becerilerini iyi kullanması elde edilecek verilerin güvenilirliğini artıracaktır.

Anket formu, anket yönteminde bilgi toplamada kullanılan ve belli sorulardan meydana gelen formdur. Anket yönteminin başarısı anket formunun doğru ve iyi düzenlenmiş olmasına da bağlıdır. Soru formunun başına, konuyu açık olarak ortaya koyan, bilgi verici nitelikte olan, cevaplayıcının ilgisini çekecek, onu işbirliğinde bulunmaya teşvik edecek bir açıklama yerleştirilmelidir. Anket formunda kullanılabilecek sorular değişik özelliklerde olabilir. Başlıca soru tipleri; açık uçlu sorular, iki şıklı sorular ve çoklu seçim sorularıdır.

Açık uçlu sorular, herhangi bir cevap alternatifi ihtiva etmeyen, nisbeten kısa sorulardır. Cevaplayıcı genel nitelikteki bu sorulara serbestçe cevap verir, yük daha ziyade cevaplayıcıdadır. Bu tip soruların kullanılması halinde soru sayısının sınırlı tutulması, soru formu üzerinde kodlamayı kolaylaştıracak boşluklar bırakılması iyi olur.

İki şıklı sorular, genellikle evet-hayır türü sorular olarak da bilinir; cevaplayıcının iki şıktan birini seçmesini gerektiren soru tipidir. Çoklu seçim sorularında, muhtemel cevap şıklarının tamamı cevaplayıcıya verilip, bunların arasından bir veya daha fazlasını seçmesi istenir. Bu tür soruların hazırlanması nispeten güç olmakla birlikte, cevaplandırma sırasında cevaplayıcının işi kolaylaştırılmış olur.

Kullanılan teknikten bağımsız olarak anketler konusunda dikkat edilmesi gereken diğer bazı noktalar şu şekilde özetlenebilir:

*Cevaplayıcıyla sağlıklı bir iletişim için cevaplayıcıyı küçük gören ya da yargılayan bir tavır içinde olunmamalıdır.

*Anket içerisinde kullanılan ifadeler açık ve net olmalı, çok ağdalı olmamalı, argo veya halk ağzı kullanılmamalıdır.

*İkili anlam taşıyan söz ve ifadelerden kaçınılmalıdır. Ayrıca iki olumsuz ifadenin peş peşe kullanılması anlamayı zorlaştırmaktadır.

*Birbiriyle ilgili, bağlantılı sorular gruplandırılmalı, şekil olarak birbirine benzer ve aynı olan soru tipleri kısa tutulmalı, soru aralarına ve uygun yerlere ilgiyi canlandıracak, cevap vermeyi iyileştirecek açıklamalar ve talimatlar kolayca fark edilebilecek şekilde yerleştirilmelidir.

*Soru formu düzenlenirken, bu formla toplanacak bilgilerin nasıl değerlendirilip, analize hazırlanacağı daha başlangıçta araştırmanın planlanması sırasında göz önünde tutulmalı ve anket daha başından buna göre yapılandırılmalıdır.

Anket uygulaması verilerin geçerlik ve güvenilirliği açısından, mecbur kalınmadıkça, şu durumlardaki cevaplayıcılara uygulanmamalıdır;

- 18 yaşından küçük çocuklar
- Terminal dönemdeki hastalar
- Hamileliğin son döneminde bulunanlar
- Cevaplamak istemeyenler
- Psikiyatri hastaları

2.6.1. Anket Yönteminin Türleri

Anket yönteminde kullanılacak iletişim biçimine göre anket türleri üçe ayrılabilir.

*Mektupla (ya da posta ile) anket

*Telefonla anket

*Kişisel görüşme

Araştırmacı, araştırmanın amacını ve araştırma problemini göz önünde tutarak anket türlerinden hangisini kullanacağını belirlemelidir. Anket yönteminde kullanılacak türlerin her birinin üstün ve zayıf yönleri vardır. Uygulanacak anket türü karşılaştırılırken bu yönleri dikkatlice değerlendirilmelidir.

2.6.1.1. Mektupla Anket

Mektupla anket uygulamasında yazılı bir anket formu herhangi bir vasıta ile cevaplayıcıya ulaştırılır, cevaplar da yine herhangi bir araç ile araştırmacıya geri iletilir. Arada bir anketörün bulunmaması, cevaplayıcıların özel konularda daha serbest ve açık davranmalarını kolaylaştırır. Postayla ankette cevaplama oranı ekseriya düşük olur. Ancak ilgi çekecek bir konu, sorular ve görünüş, nisbeten kısa bir anket formu, bir hediye veya sonuçları cevaplayıcıya bildirmek vaadi, cevaplama ve geri postalamayı kolaylaştırıcı boş zarf gönderilmesi, cevaplayıcıların önceden kendilerine anket için başvurulacağı konusunda uyarılmaları, hemen cevap vermelerinin rica edilmesi gibi tedbirlerle cevaplama oranı artırılabilir⁷⁰.

2.6.1.2. Telefonla Anket

Telefon rehberi esas alınarak yapılan örnek seçimi durumunda kullanılan bir anket türüdür. Daha çok gelişmiş ülkeler ve yörelerde uygulanmasına rastlanır. Bu anketin uygulanabilmesi için telefon kullanımının yaygın olması gerekir. Telefonla anket yönteminde, cevaplayıcılarla telefon aracılığıyla iletişim kurularak sorulan sorulara alınan yanıtlar anket formuna işlenir. Bu tür anketin başlıca üstün yönleri şöyle sıralanabilir:

- * Diğer anket türlerine göre daha düşük maliyetlidir. Bir araştırmada telefonla anket yönteminin uygulanmasının ne ölçüde ekonomik olacağı, araştırmanın konusu, görüşmenin uzunluğu, cevaplandırma oranları, tekrar arama mecburiyeti, örnekleme çabaları, gözetim ve eğitim süreleri, personel ücret düzeyleri, arama maliyetleri gibi harcamalar dikkate alınarak değerlendirilebilir.
- * Kısa bir zamanda daha fazla kişiye ulaşarak görüşme yapabilmek olanağı olduğundan en hızlı bilgi toplama yöntemi olduğu gibi zaman tasarrufu da sağlayan yöntemdir.
- * Mektupla anket türüne göre, çok güncel konular hakkında bilgi edinmede daha esneklik.
- * Görüşmecinin yanıtlar üzerinde etkili olması bakımından, mektupla anket ile kişisel görüşme arasında yer alır. Fiziksel görünümünden, anket formunun tasarımından

kaynaklanan etkiler bu yöntemde söz konusu değildir. Sadece sesin kullanılmış olması bu etkileri en aza indirmektedir.

* Telefonla görüşmelerde kişiselleşme söz konusu olduğundan, insanlar kendileriyle ilgili sorulara daha rahatlıkla ve içtenlikle yanıtlar verebilmektedir. Telefonun özel bir araç olması ve görüşmelerin de birer özel konuşma olarak kabullenilmesi, başkalarının yanıt vermesini ya da görüşmelere katkıda bulunmasını en aza indirmektedir.

* Telefonla anket uygulaması sırasında, bilgi toplama ile ilgili denetim önlemleri istenilen düzeyde ve biçimde uygulanabilir. Görüşmecilerin tamamen serbest olabilecekleri gibi tam bir denetim altında da çalıştırılma olanakları vardır. Görüşmelerin belli bir zaman diliminde, önceden belirlenen koşullar ve davranışlarla düzenli biçimde yapılması kolaydır. Ses tonları ve kullanılacak sözcükler özenle belirlenir ve denetlenir. Gerektiğinde en kısa süre içerisinde düzenlemeler yapılabilir.

* Bilgisayar desteği ile birlikte uygulandığında veri toplama ve verilerin analiz sürecini büyük ölçüde kolaylaştırır ve hata olasılığı minimuma iner.

* Türkiye’de hane başına düşen telefon aboneliği oranı göz önüne alındığında rakamlar göstermektedir ki; genel popülasyona ilişkin saha araştırmaları için telefonla anket uygulaması çalışma popülasyonuna erişim açısından oldukça uygun bir seçimdir.

2.6.1.2.1. Telefonla Anket Yönteminin Bazı Zayıf Yönleri

* Sadece telefonu olanlarla görüşme yapılabilir. Bu durum, örnek seçiminde yanlılığı yaratabilmekte ve örneğe göre birimlerin araştırma evrenini temsil yeteneğini azaltabilmektedir. Özellikle gelir düzeyi düşük, gecekondü sakinleri, kiracılar, yeni taşınan aileler ve kırsal kesimde yaşayanlarla ilgili bilgi toplamada bu konu önemli sorun olabilmektedir. Ancak, ülkemizde telefon sayısındaki artış ve telefon sahipliği oranındaki gelişme bu sakıncayı ortadan kaldırmaya başlamıştır.

* Bazı noktalara dikkat edilmezse yüksek maliyetler ortaya çıkabilir. Özellikle soru sayısının fazla olması ve dolayısıyla görüşmelerin uzun sürmesi durumunda örneklem sayısı da fazlaysa yüklü bir telefon faturası ile karşılaşılabilir.

* Uzun görüşmelere fazla olanak sağlanamadığından, elde edilecek bilgilerin miktarı ve çeşidi sınırlı kalabilmektedir. Görüşmenin uzaması durumunda, cevaplayıcı

sıkılabilmekte ya da zaman darlığından konuyu kısa kesmeyi isteyebilmektedir. Verilen yanıtlar daha çok kısa ve öz olabilmekte, ayrıntılı yanıtları alabilmek zorlaşmaktadır.

* Gözlem olanağı yoktur. Ses tonu ve konuşma biçimi ile birçok eğilim saptanmaya çalışılır. Telefonla konuşanın, sabırsızlık, hoşlanma, hoşlanmama, kızma, neşelenme gibi tepkilerini gösterecek yüz ifadelerini görebilmek ve anlayabilmek olanaksızdır. Her şey ses tonuna ve sözcüklere kalmıştır.

* Görüşmelerde yardımcı araçların kullanılması olanaksızdır. Göze hitap edecek bir bildirinin, şeklin ya da çizimin gösterilmesi olanağı yoktur.

Telefonla anket yönteminin üstün ve zayıf yönlerinin değerlendirilmesi yapıldığında, bu yöntemin gittikçe büyüyen bir kullanım potansiyeline sahip olduğu söylenebilir. En kolay, en hızlı ve en az maliyetli bilgi toplama yöntemi olarak telefonla anket yönteminin zayıf yönleri önceden bilinerek ve yerinde kullanılması araştırmacılara büyük kolaylıklar getirmektedir.

2.6.1.3. Kişisel Görüşme

Bu tür anket uygulamasında, görüşmecinin bir ya da birden fazla cevaplayıcı ile fiziksel olarak bir arada bulunduğu bir ortamda, sorular sorarak bunlara yanıtlar alması gerçekleştirilir. Anket formunda bulunan sorulara verilen yanıtlar, genellikle görüşmeci tarafından doldurulur. Görüşmeci cevaplayıcının bulunduğu yere gider ve anketi uygular. Anket formunda yer alan sorular ve yanıtlar kapalı uçlu soru tipinde ise, görüşmeci tarafından okunur ve cevaplayıcının yanıtları işaretlenir. Sorular açık uçlu ise, sorular söylendiği gibi yazılarak kaydedilir. Kişisel görüşme uygulamalarında, görüşmenin akıcılığı bozulmasın diye, sonradan anket formunun görüşmeci tarafından doldurulması da olanaklıdır.

2.6.1.3.1. Kişisel Görüşmenin Üstün Yönleri

* Diğer anket türlerine göre daha esnektir. Duruma göre, sorulacak soruların sırası değişir. Anlaşılamayan sorular için açıklamada bulunulabilir. Yanıtlar arasındaki çelişkileri gidermek ve yanıtları doğru ve net biçimde açıklığa kavuşturabilmek olanaklıdır.

* Kişisel iletişimin sağlayacağı avantajla bir güven duygusu oluşturur ve bu durum cevaplayıcının ilgisini çekerek duyarlı ve özel konularda doğru yanıtlar alınmasını kolaylaştırır. İşbirliği sağlamak daha kolay olduğundan daha fazla soru sorup daha fazla bilgi toplanabilir.

* En önemli üstün yönlerinden biri, diğer yöntemlerde olmayan gözlem yapabilme olanağının olmasıdır. Görüşme sırasında, cevaplayıcının tepkileri anında görülebildiği gibi, ortamında dikkatlice incelenmesi söz konusudur. Bu durum, elde edilecek bilginin miktarı ve doğruluğu konusunda önemli katkılar sağlar.

* Görüşme için başvurulacak kişilerin işbirliği ve görüşme yapmaları önceden saptanabilir ve böylece cevap verememe oranının azaltılması olanaklı hale gelebilir.

2.6.1.3.2. Kişisel Görüşmenin Zayıf Yönleri

* Deneyimli ve bilgili görüşmeciler gerektirdiğinden ve görüşmenin fazla zaman almasından dolayı maliyet yüksektir.

* Görüşmecinin etkilemesi söz konusudur. Ön yargılı ve hatalı davranışlar olumsuz etkiler oluşturabilir.

2.6.2. Uygun Anket Türünü Belirleme

Araştırmanın amacı ve araştırma problemi göz önünde bulundurularak, hangi tür anketin en uygun olduğunu belirlemede bazı kriterler göz önünde tutulur;

* Soruların karmaşıklığı

* Arzulanan veri miktarı

* Arzulanan doğruluk

* Örneklem denetimi

* Harcanabilecek zaman

* Kabullenilebilir cevaplamama oranı

* Maliyet

Araştırmacı soruların karmaşıklığını olduğunca en aza indirmeye özen gösterse de araştırmanın konusu gene de karmaşık sorular sormayı gerektirebilir. Bu tür durumlarda, mektupla ankete göre telefonla anket ve kişisel görüşme teknikleri daha

uygundur. Öte yandan, önceden hazır biçime getirilmemiş yapılandırılmamış soruların sorulduğu durumda, mektupla anketin geçerliliği söz konusu olamaz. Kısaca, yüz yüze görüşme en esnek görüşme iken bunu telefonla anket ve mektupla anket takip eder.

Soruların karmaşıklığıyla yakından bağlantılı olan bir konu da elde edilmesi arzulanan veri miktarıdır. Veri miktarı iki konu ile bağlantılıdır. Tüm soruların cevaplandırılması için harcanacak zaman ve çaba. En çok miktarda veri kişisel görüşme yoluyla elde edilebilir. Bu konuda en zayıf anket türü ise telefonla olanıdır.

Anketlerden toplanacak bilgilerin doğruluğu ve güvenilirliği birçok faktörün etkisindedir. Görüşmecinin etkileri, cevaplayıcının etkileri, anket formunun tasarımı ve formatı bunlar arasında önde gelenleridir. Yüz yüze görüşme ve telefonla anket yoluyla bilgi edinmede, cevaplayıcı ile anketör arasında sosyal bir iletişim olduğundan bazı duyarlı ve özel sorulara yanıt alınamayabilir. Bu konuda mektupla anketin üstünlüğü açıktır. Mektupla ankette ise soruların yanıtlarından bazıları sonradan değiştirilebilme şansına sahiptir.

Telefonla anket yönteminde cevaplayıcılara ulaşamama oranları yüksek olabilir. Özellikle telefonla anket yönteminde telefonun meşgul olması, hat ile ilgili problemler, cevaplayıcıların evde olmama oranları toplamda yüksek bir erişememe oranına neden olmaktadır. Telefonla anket ile ilgili bu dezavantajlar örneklem büyüklüğünün büyük tutulması ve tekrar aramalarla çözümlenebilir.

Hiçbir yöntem her durumda en uygun yöntem olamaz. Amaç, kullanılacak yöntemin en uygun cevaplayıcılardan en düşük maliyetle, en güvenilir bilginin elde edilebilmesi olmalıdır^{70,71,72}.

Tablo 2 . Farklı anket tekniklerinin üstünlükleri

	Mektupla Anket	Telefon ile Anket	Yüz yüze Anket
Karmaşık sorular	Zayıf	İyi	Çok iyi
Veri miktarı	Orta	İyi	Çok iyi
Duyarlı sorularda doğruluk	İyi	Orta	Orta
Anketör etkilerinin denetimi	Çok iyi	Orta	Zayıf
Cevaplayıcı denetimi	Orta	Orta	Orta
Gereken zaman	Zayıf	Çok iyi	İyi
Olası cevaplama oranı	Orta	Orta	Orta
Maliyet	İyi	İyi	Orta

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, Adana ilindeki insanların akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarını araştırmaya yönelik epidemiyolojik bir araştırmadır. Epidemiyolojik araştırmalardan kesitsel tipte ve durum saptamaya yönelik tanımlayıcı bir araştırmadır.

3.2. Çalışmanın Evreni

Adana ilinde Türk Telekom'dan sabit telefonu olan tüm evler evrenimizi oluşturmuştur.

3.3. Adana İli ile İlgili Genel Bilgiler

Adana ili toplam 2.026.319 nüfusa sahip, il ve ilçe merkezleri toplam 1.763.351, belde ve köyler 262.968 nüfusa sahiptir. Adana ili yüzölçümü 14.030 km², denizden yüksekliği 23m, 13 ilçe, 53 belediye, 468 köye sahiptir. Adana ilindeki erkek nüfus 1.009.00, kadın nüfus 1.017.318'dir, il ve ilçe merkezinde erkekler 877.021, kadınlar 886.330 dur, belde ve köylerde erkekler 131.980, kadınlar 130.988'dir⁷³.

Büyükşehir nüfusu 1.130.710'dur. Toplam nüfusun % 76,31'i şehir merkezinde yaşamaktadır. 13 ilçe mevcuttur. Yeni verilere göre ilçe sayısı Karaisalı, Sarıçam ve Çukurova'nın katılmasıyla 16 olmuştur. Sarıçam ve Çukurova ilçeleri henüz kurulmamış olduğundan bu ilçeler çalışmamıza dahil edilmemiştir. Aladağ, Ceyhan, Feke, İmamoğlu, Karaisalı, Karataş, Kozan, Pozantı, Saimbeyli, Tufanbeyli, Yumurtalık, Seyhan ve Yüreğir ilçeleri bulunmaktadır. Tüm nüfusun % 76,31'i Seyhan ve Yüreğir ilçelerinde yaşamaktadır. Ekonomisi tarımsal üretim ve tarıma dayalı endüstriye dayanmaktadır⁷⁴.

3.4. Örneklem Seçimi

Çalışmamızda örneklem seçimi “küme örneklem” metodu ile yapılmıştır. Araştırma örneklemini, toplam telefon sayısı 492.987, tahmini beklenen prevalans % 15, hata payı %1, % 95 güvenirlilik aralığında Adana ilinde hesaplanan örneklem büyüklüğü 1222 olarak bulunmuştur. Prevalans epi info sample size formülü ile hesaplanmıştır. $(n = N \cdot z^2 \cdot p \cdot (1-p) / d^2 \cdot (N-1) + z^2 \cdot p \cdot (1-p))$

Söz konusu bölgelerdeki telefon numaralarının santraller bazında kümelenmesi ve bu kümelerden rastgele seçim şeklinde belirlenmiştir. Görüşme evlere ve işyerlerine ait olan sabit hatlı telefon numaralarından yapılmıştır, mobil telefon numaraları çalışmaya dahil edilmemiştir. Araştırma Adana ilindeki rastgele belirlediğimiz telefon numaralarından telefonu ilk açan 18 yaş üstü erkek ve kadınlarla yapılmıştır.

Çalışmamız için aranacak telefon numaraları Adana İli’ndeki Türk Telekom santrallerinden seçilmiştir. Orantılı dağıtım yaklaşımı ile görüşülecek toplam telefon sayısı ilçe ve köylerin telefon sayılarına oranlayarak dağıtılmıştır. Türk Telekom’a ait her sabit telefon santrali kapasitesine göre üç haneli veya dört haneli prefiksleri barındırmaktadır. Seyhan ilçesinde üç haneli 24 adet, dört haneli 14 adet prefiks bulunmaktadır. Yüreğir ilçesine ait 12 adet üç haneli, 27 adet dört haneli prefiks bulunmaktadır. Üç haneli prefikslerde 10.000 adet, dört haneli prefikslerde 1000 adet telefon numarası bulunmaktadır.

Görüşülmesi gereken toplam 1222 kişinin orantılı dağıtım yaklaşımına göre Seyhan ilçesindeki 254000 aboneden almamız gereken kişi sayısı;
 $254000 \times 1222 / 492987 = 630$

Yüreğir ilçesindeki 147000 aboneden almamız gereken kişi sayısı;
 $147000 \times 1222 / 492987 = 365$

Seyhan ve Yüreğir için 10.000’lik prefikslerden 25’er kişi, 1000’lik prefikslerden 3’er kişi alınmıştır. Seyhan’dan toplam 642 ,Yüreğir’den 381 kişi alınmıştır.

Örnek: 2310000 – 2319999 arasından 25 numara seçilmiştir.

Diğer İlçelerden Alınacak Kişi Sayısının Belirlenmesi

Örnek:

Aladağ:

11 tane 1000'lik prefiks olduğundan 11.000 numara var.

$$100 \times 2365 / 11000 = 25$$

Prefikslerin tümünün dolu olduğu hesaplanırsa 11000 abone bulunur, dolu olan abone sayısı 2365 olduğundan prefikslerin % 25 dolu olduğu hesaplanmıştır.

11 prefiksten 6 tanesini rastgele seçilmiştir. 1000 numara bulunan prefiksten % 25'i dolu olduğundan 250'ye kadar olan numaralar seçilmiştir.

Örnek: 5942000 – 5942250 arasından 1 numara rastgele seçilmiştir.

Diğer prefikslere de aynısı uygulanmıştır.

Seçilen prefiksler 5942, 5992, 5958, 5962, 5922, 5932.

Tablo 3. Alınacak telefon numaralarının sayısının ilçelere göre dağılımı

	Abone sayısı	Alınacak kişi sayısı
İlçeler	n	N
Seyhan	254000	630
Yüreğir	147000	365
Aladağ	2365	6
Ceyhan	29562	74
Feke	3746	10
Karaisali	6044	15
Karataş	5103	13
Kozan	22100	55
İmamoğlu	5179	13
Pozantı	7912	20
Saimbeyli	2732	7
Tufanbeyli	3517	9
Yumurtalık	3727	10
Toplam	492987	1234

Numaraların hepsi seçildikten sonra bilgisayara girilmiştir. Telefon numaralarının üzerini tıkladığımızda anket karşımıza çıkmıştır. Görüşmeler Çukurova Üniversitesi Telefon ve İnternet Saha Araştırma Biriminde (TİSAB) sabit bir hat üzerinden yapılmıştır. Telefon görüşmeleri haftanın yedi günü 10:00-18:00 saatleri arasında yapılmıştır. Görüşmeler Şubat 2009'da başlayıp Haziran 2009'da sona ermiştir.

Telefon görüşmeleri sırasında kişi görüşmeyi kabul ederse ankete devam edilmiştir, görüşmeyi kabul etmezse ekrandaki görüşmeyi kabul etmedi yazısı

tıklanmıştır ve o numara kişi görüşmeyi kabul etmemiştir olarak kaydedilmiştir. Ekranda o numaranın karşısında işlem yapılamaz yazısı karşımıza çıkmıştır ve o numara bir daha aranmamıştır.

Telefon numarasını arayıp numara cevap vermezse cevap vermedi diye kaydedip tekrar aranmıştır, aynı numarayı farklı zamanlarda en az 3 defa arayıp numaraya ulaşamazsak yeterli sayıda arandı, ulaşamadı olarak kaydedilmiştir, bu numara üzerinden tekrar işlem yapılmamıştır. Numara meşgul çıkarsa tekrar aranmıştır, telefon numarası kapalı veya yoksa o numara üzerinden bir daha işlem yapılmamıştır. Kapalı ve yok olan telefon numaralarına ve görüşme yapmak istemeyen numaralara ulaşamadığından bir üst numara aranmıştır, bu nedenle yeni telefon numaraları eklenmiştir.

Tablo 4. Telefon görüşmelerinin durumu

	Yapılması gereken
Cevap vermedi	Tekrar ara
Meşgul	Tekrar ara
Görüşme yapmak istemedi	İşlem yapılamaz
Telefon kapalı veya yok	İşlem yapılamaz
Yeterli sayıda arandı, ulaşamadı	İşlem yapılamaz

3.4.1. Kapalı veya Yok Olan Telefon Numaralarının Belirlenmesi

Telefon görüşmeleri yapılırken bazı prefikslerdeki numaraların boş olduğu ortaya çıkmıştır. Boş olan prefikslerdeki eksik numaralar belirlenmiştir, yeni telefon numaraları eklenmiştir.

Seyhan ve Yüreğir’de eksik olan 605 numara yerine eski yöntemle yeni numaralar eklenmiştir. Diğer ilçelerde eksik olan 36 numara ise, bazı ilçelerde daha önce kullanılmayan prefikslerden seçilirken, bazı ilçelerde görüşülen ve dolu olduğu düşünülen prefikslerden seçilerek telefon numaraları belirlenmiştir. Toplamda $605+36=641$ yeni numara eklenmiştir. Eklenen telefon numaraları sonucunda ulaşmak istediğimiz kişi sayısına ulaşılmıştır.

3.5. Akılcı İlaç Kullanım Anketinin Hazırlanması

3.5.1. Akılcı İlaç Kullanım Anketinin Tasarlanması

Çalışmamızda daha önceki yapılmış çalışmalarda^{21,41} kullanılan anketi değiştirerek ve geliştirerek hazırlamış olduğumuz “Akılcı İlaç Kullanım Anketi” kullanılmıştır (Ek 1). Akılcı İlaç Kullanım Anketi’ni hazırlarken önce 24 adet sorular oluşturuldu. İlk 7 soru tanımlayıcı özellikler içermekteydi, 8.sorudan sonra akılcı ilaç kullanımına yönelik sorulardı.

3.5.2. Soruların Anlaşılır Olup Olmadığının Araştırılması

Sorulara verilen yanıtlardaki tutarlılığın yüksek olmasını sağlamak amacıyla anketin güvenilirliği 15 kişiyle telefonla anket yöntemiyle anketler uygulanarak elde edilmiştir. Anketin güvenilirliğini ölçmek, soruların cevabının ne kadarının aynı olup olmadığını anlamak amacıyla yaptığımız anketleri 15 gün sonra aynı kişilere tekrar uygulanmıştır. Seçtiğimiz kişiler üniversitenin dahili telefonundan aradığımız üniversite personeli idi. Yaklaşık olarak anketin kaç dakika sürdüğünü, soruların anlaşılıp anlaşılmadığını kontrol etmek, beklediğimiz cevapları alıp alamadığımızı anlamak amacıyla planlanmıştır.

Uyguladığımız anketlerin cevapları önceki ve sonraki anket verileri olarak kaydedilmiştir. Karşılaştırmaları yapılmıştır. Görüşülen kişiler tarafından doğru anlaşılamayan sorular çıkarılmıştır, anlaşılma güçlüğü yaşadığımız sorularda değişiklikler yapılmıştır. Ayrıca cevaplar arasında uyumluluk bulamadığımız sorularda da değişiklikler yapılmıştır.

3.5.3. Sorulara Verilen Yanıtların Tutarlılığının Araştırılması

Ankette yapılan değişiklikler sonunda; soruları 46 soruya çıkarıp telefonla anket yöntemiyle güvenilirlik testi 30 kişiyle tekrar yapılmıştır. Anket yapılan kişiler dahili telefonla aranan üniversite personeli idi. Yapılan anketler 15 gün sonra aynı kişilere

tekrar uygulanmıştır. Anket verileri kodlanarak önceki ve sonraki anket verileri olarak kaydedilmiştir. Karşılaştırmalar yapılmıştır. Soruların güvenilirliğine bakılmıştır. Güvenilirliği düşük olan sorular çıkarılmıştır. Güvenilirlik testi analizinde; genel olarak soruların % 84 güvenilir olduğu hesaplanmıştır. 30 kişiden 2,3 kişinin yanıtını değiştirmiş olduğu bulunmuştur. Anketin son hali yapılan düzenlemeler sonucunda oluşturulmuştur.

3.5.4. Akılcı İlaç Kullanım Anketinin İçeriği

Anket soruları en son hali ile 32 soru olarak Çukurova Üniversitesi Telefon ve İnternet Saha Araştırma Birimi (TİSAB) tarafından bilgisayara kaydedilmiştir. Anketteki ilk 7 soru sosyodemografik (Cinsiyet, doğum yılı, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence varlığı, oturduğu yer) özellikte sorular idi.

8. soruda hastalandığında ilk başvurulacak yer sorulmuştur. Akılcı ilaç kullanımına yönelik sorular olan 9, 10, 11, 12, 13, 14. sorular doktora danışmadan ilaç kullanma, tavsiye ile ilaç kullanma, ilaç tavsiye etme ve kullanılan ilaçlar, 15, 16 ve 17. sorular doktora sormadan antibiyotik kullanma, antibiyotiği bitirmeden bırakma ve bırakılıyorsa sebebi,

18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25 ve 26. sorular doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi isteme, prospektüsü okuma, ilacı doktorun önerdiği şekilde kullanma, ilacın kullanımında nelere dikkat edilmesi gerektiği, ilaçta istenmeyen yan etki görüldüğünde yapılanlar, ilaçtan yarar görmeyince yapılanlar, ilacın son kullanma tarihine bakma ile ilgili sorular sorulmuştur.

27, 28, 29 ve 30. sorular ilaçların evde nerelerde saklandığı, evde bulunsun diye ilaç yazdırma, kullanılmayan ilaçların durumu, 31 ve 32. sorular ise evde bitkisel tedavi uygulamaya yönelik sorular sorulmuştur.

Her görüşmenin başında görüşülen kişiye anket ve çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek onayları alınmıştır. Onay alamadığımız kişiler “görüşme yapmak istemedi” olarak kaydedilmiştir. Görüşme süresi yaklaşık 3-3,5 dakika sürmüştür.

3.6. Akılcı İlaç Kullanım Skoru Oluşturulması

Akılcı İlaç Kullanım Skoru oluştururken, toplumun akılcı ilaç kullanımı bilgisi ve akılcı ilaç kullanımına uygun davranışları içeren sorular olan 9, 11, 13, 15, 16, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28. ve 30. sorular alınmıştır.

Soruların cevapları önem sırasına göre A grubu, B grubu, C grubu olarak üç grup altında gruplandırılarak puanlama yapılmıştır. A grubunda olan sorular; 11, 16, 20, 23, 28.sorular, B grubu olan sorular; 13, 15, 18, 22, ,24, 25, 26, 30. sorular, C grubunda ise, 9.soru alınmıştır^{14, 16, 75}.

A grubundaki sorular 2 puan, B grubundaki sorular 4 puan, C grubundaki sorular 6 puan üzerinden değerlendirilmiştir. AİK Skoru'nun puanlaması ektedir (Ek 2). Buna göre her bireyin toplam 56 üzerinden skoru elde edildi. Daha sonra bu skorlar 100'lük sisteme çevrildi. Örneğin; bir katılımcı aldığı aldığı puan 56 üzerinden 42 ise, bu puan 100 üzerinden $42 \times 100 / 56 = 75$ olarak elde edildi.

Skor belirlemede kullanılan bazı sorular (s24, s25, s27 ve s30) katılımcılar tarafından cevaplanamadı veya verilen cevaplar değerlendirilmeye alınamadı. Örneğin “ilacınızda yan etki görürseniz ne yaparsınız?” sorusuna bazı katılımcılar “hiçbir yan etki görmedim” yanıtını verdi. Bu gibi yanıtlar skor belirlenmesinde değerlendirme dışında bırakılacağından bu tip yanıtları veren katılımcıların skorları 56 puan üzerinden elde edilemedi. İşte bu gibi durumlarda katılımcıların AİK skoru düzeltilerek tekrar hesaplandı. Örneğin bu tip iki sorusu değerlendirme dışında kalan bir katılımcının toplam skoru en fazla 48 olabileceğinden almış olduğu skor 100'lük sisteme 48 üzerinden çevrildi. Diğer bir deyişle bu durumda olan bir katılımcı 42 skorunu almış ise 100'lük sistemde skoru $42 \times 100 / 48 = 87,5$ olarak hesaplandı.

3.7. Çalışmanın Gerçekleştirildiği Yer

Çalışmanın gerçekleştirildiği yer olan Çukurova Üniversitesi Telefon ve İnternet ile Saha Araştırmaları Birimi (TİSAB) Temmuz 2006'da kurulmuş ve faaliyete geçmiştir. Araştırma merkezinde toplam beş bilgisayar ve dört adet sabit telefon hattı bulunmaktadır. Merkezdeki bilgisayarlar arasında bir iç ağ (intranet) kurulmuş ve tüm

bilgisayarlardaki verilerin tek bir bilgisayarda toplandığı ‘server’ sistemi oluşturulmuştur. TİSAB’da şu ana kadar beş araştırma projesi tamamlanmıştır. Öncelikle üniversite içindeki araştırmalarda kullanılmak üzere kurulmuş olan merkez üniversite dışından gelecek olan telefon ve internet temelli tüm saha araştırmalarına da açıktır. TİSAB’ın bilgisayar altyapısına ilişkin donanım ve yazılım desteği Çukurova Üniversitesi Bilgisayar Bilimleri Uygulama ve Araştırma Merkezi tarafından ve projelerin kontrol, değerlendirme ve veri analizi desteği Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı ve Bioistatistik Anabilim Dalı tarafından sağlanmaktadır.

3.8. Verilerin Toplanması

Telefon görüşmesi sırasında bilgisayar ekranında anket karşımıza çıkmıştır. Görüşülen kişiden onay alındıktan sonra görüşmeye devam edilmiştir. Anket sorularının cevaplarında evet, hayır, bazen şıkları varken, bazı sorular birden fazla şık içermekte, bazı sorularda açık uçlu soru olarak kişinin verdiği cevap aynen yazılmıştır. Anket bittikten sonra anket kaydedilmiştir. Ulaşmak istediğimiz hedef kitleye ulaştıktan sonra anket sonuçları TİSAB soft programı ile toplanmıştır.

Daha sonra anket sonuçlarındaki açık uçlu sorular ve yazılı metinler kodlanarak tekrar verilere girilmiştir. Kodlamalarda rakam kullanılmıştır. Verilen tüm soruların cevapları kodlanarak verileri girildikten sonra verilerin analizi yapılmıştır.

3.9. İstatistiksel Analiz

Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 17,0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler (cinsiyet, eğitim durumu gibi) sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümlerse (yaş, bilgi puanı gibi) ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum-maksimum) olarak özetlendi. Kategorik ölçümlerin karşılaştırılmasında Ki Kare test istatistiği kullanıldı. Bilgi puanı gibi sürekli ölçümlerin ikili gruplar arasında karşılaştırılmasında Bağımsız gruplarda t testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. Varyans analizi sonucunda önemli bulunan değişkenlerin ikili grup karşılaştırılmalarında grup içi varyansların homojen olup

olmamasına göre Bonferroni, Sidak veya Tamhane testleri kullanıldı. Bilgi puanı ile yaş arasındaki etkileşimi incelemek için Pearson Korelasyon katsayısı ve ilgili p değeri elde edildi. Tüm testlerde istatistiksel önem düzeyi 0.05 olarak alındı.

4. BULGULAR

Yaptığımız çalışmada, görüşmeler 27 Ocak 2009'da başlayıp 19 Haziran 2009'da sona ermiştir. Görüşme süreleri ortalama 03:26 dakika sürmüştür. Görüşülmesi gereken toplam telefon sayısı 1222, tamamlanan toplam görüşme sayısı 1111, görüşmeyi reddeden telefon sayısı 64, kapalı ve yok olan telefon sayısı 1150, cevap vermeyen telefon sayısı 105, yeterli sayıda aranıp ulaşılamayan telefon sayısı 661, aranan toplam telefon sayısı 3091 idi (Tablo 5).

Tablo 5. Adana ilinde aranan tüm numaraların sonuçları

	n
Görüşülmesi gereken toplam telefon sayısı	1222
Görüşülmesi tamamlanan telefon sayısı	1111
Kapalı ve yok olan telefon sayısı	1150
Yeterli sayıda aranıp ulaşılamayan telefon sayısı	661
Cevap vermeyen telefon sayısı	105
Görüşmeyi reddeden telefon sayısı	64
Aranan toplam telefon sayısı	3091

n: kişi sayısı

4.1. Görüşülen Kişilerin Sosyo Demografik Özellikleri

4.1.1. Görüşülen Kişilerin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Adana ilinde telefon görüşmesi yaptığımız kişilerin 405'i (% 36,5'i) erkek, 706'sı (% 63,5'i) kadın idi. Tablo 6'da Adana ilinde telefon görüşmesi yaptığımız kişilerin cinsiyete göre dağılımları görülmektedir.

Tablo 6. Adana ilinde görüştüğümüz kişilerin cinsiyetlerine göre dağılımı

Cinsiyet	n	%
Kadın	706	63,5
Erkek	405	36,5
Toplam	1111	100,0

n: kişi sayısı

4.1.2. Görüşülen Kişilerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Adana ilinde görüştüğümüz kişilerin yaş gruplarına göre dağılımı; % 13,2'si 25 yaş altı, % 79,5'i 25-65 yaş arası ve % 7,5'i 65 yaş üstü idi. Görüşülen kişilerden yaş grupları arasında en düşük oran % 5,2 ile 60-64 yaş grubundaki kişiler, en yüksek oran % 13,2 ile 25 yaş altı kişilerdi. (Tablo 7).

Görüşülen kişilerin yaş ortalamaları incelendiğinde; erkeklerin yaş ortalaması 41,67 $\pm$ 15,8, kadınların yaş ortalaması ise 42,71 $\pm$ 14,1 bulunmuştur. Erkeklerin en genci 18 yaşında, en yaşlısı 82, kadınların en genci 18 yaşında, en yaşlısı 85 yaşında idi. Erkekler ile kadınlar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 8, p >0,05).

Tablo 7. Adana ilindeki görüşülen kişilerin yaş gruplarına göre dağılımı

	n	%(yüzde)
<25	146	13,2
25-29	109	9,8
30-34	125	11,3
35-39	124	11,2
40-44	134	12,1
45-49	113	10,2
50-54	116	10,4
55-59	103	9,3
60-64	58	5,2
$\geq$ 65	83	7,5
Toplam	1111	100,0

n: kişi sayısı

Tablo 8. Adana ilindeki görüşülen kişilerin yaş ortalamaları. (p >0,05)

	Ortalama değer	Min.	Maks.
Erkek	41,67 $\pm$ 15,8	18	82
Kadın	42,71 $\pm$ 14,1	18	85

4.1.2.1. Görüşülen Kişilerin Yaş Gruplarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Görüşülen kişilerin yaş gruplarının cinsiyete göre dağılımında; 30-34 yaş grubundaki kişilerin % 29,6'sı erkek, % 70,4'ü kadın bulunmuştur. Yaş gruplarının cinsiyete göre dağılımında anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 9, p<0,05).

Cinsiyetlere göre yaş grubu dağılımına baktığımızda; erkeklerin % 17,3'ü 25 yaş altı iken, kadınların % 10,8'i 25 yaş altı bulunmuştur. Erkek ve kadınlar arasında yaş dağılımında istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülmemiştir (Tablo 9, $p>0,05$).

Tablo 9. Adana ilinde görüşülen kişilerin yaş gruplarının cinsiyete göre dağılımı (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$).

+Adana ilinde görüşülen kişilerin cinsiyetlerin yaş gruplarına göre dağılımı (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).

	Erkek			Kadın			Toplam		
	n	%	%*	n	%	%*	n	%	%*
<25	70	47,9	17,3	76	52,1	10,8	146	100,0	13,1
25-29	43	39,4	10,6	66	60,6	9,3	109	100,0	9,8
30-34	37	29,6	9,1	88	70,4	12,5	125	100,0	11,3
35-39	43	34,7	10,6	81	65,3	11,5	124	100,0	11,2
40-44	43	32,1	10,6	91	67,9	12,9	134	100,0	12,1
45-49	34	30,1	8,4	79	69,9	11,2	113	100,0	10,2
50-54	49	42,2	12,1	67	57,8	9,5	116	100,0	10,4
55-59	31	30,1	7,7	72	69,9	10,2	103	100,0	9,3
60-64	16	27,6	4,0	42	72,4	5,9	58	100,0	5,2
>64	39	47,0	9,6	44	53,0	6,2	83	100,0	7,5
Toplam	405	36,5	100,0	706	63,5	100,0	1111	100,0	100,0

n: kişi sayısı

4.1.3. Görüşülen Kişilerin Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı

Görüşülen kişilerin eğitim durumlarının dağılımında; % 8,4'ü okuryazar değil, % 2,2'si okuryazar , % 36,3'ü ilkokul mezunu, % 9,5'i ortaokul mezunu, % 26,3'ü lise mezunu iken, % 17,5'i üniversite mezunu idi. Eğitim durumlarının dağılımına baktığımızda en büyük grubu % 36,3 ile ilkokul mezunu grup oluştururken, en küçük grubu ise % 2,2 ile okuryazar grup oluşturmaktadır. Tablo 10'da Adana ilindeki görüşülen kişilerin eğitim durumlarına göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 10. Adana ilinde görüşülen kişilerin eğitim durumlarına göre dağılımı

	n	%
Okur yazar olmayan	93	8,4
Okuryazar	24	2,2
İlkokul mezunu	403	36,3
Ortaokul mezunu	105	9,5
Lise mezunu	292	26,3
Üniversite mezunu	194	17,5
Toplam	1111	100,0

n: kişi sayısı

4.1.3.1. Görüşülen Kişilerin Eğitim Durumlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Görüşülen kişilerin eğitim durumlarının cinsiyete göre dağılımında; okur yazar olmayanların % 8,6'sı erkek iken, % 91,4'ü kadın bulunmuştur. Erkeklerin kadınlara göre eğitim düzeylerinin daha iyi olduğu bulunmuştur (Tablo 11, $p<0,05$)

Cinsiyetlerin eğitim durumuna göre karşılaştırılmasında ise, erkeklerin % 2'si okur yazar değilken, kadınların % 12'sinin okur yazar olmadığı bulunmuştur. Erkeklerin eğitim düzeylerinin kadınlara göre daha iyi olduğu, istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 11, $p<0,05$)

Tablo 11. Adana ilindeki görüşülen kişilerin eğitim durumlarının cinsiyete göre dağılımı (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$).

	Erkek			Kadın			Toplam		
	n	%	%+	n	%	%+	n	%	%+
Okur yazar değil	8	8,6	2,0	85	91,4	12,0	93	100,0	8,4
Okur yazar	9	37,5	2,2	15	62,5	2,1	24	100,0	2,2
İlkokul mezunu	106	26,3	26,2	297	73,7	42,1	403	100,0	36,3
Ortaokul mezunu	40	38,1	9,9	65	61,9	9,2	105	100,0	9,5
Lise mezunu	141	48,3	34,8	151	51,7	21,4	292	100,0	26,3
Üniversite mezunu	101	52,1	24,9	93	47,9	13,2	194	100,0	17,5
Toplam	405	36,5	100,0	706	63,5	100,0	1111	100,0	100,0

+Cinsiyetlerin eğitim durumuna göre dağılımını vermektedir. n: kişi sayısı

4.1.3.2. Adana İlinde Görüşülen Kişilerin Eğitim Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Çalışmaya katılan kişilerin eğitim durumlarının yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında; okur yazar olan kişilerin % 4,2'sini, üniversite mezunu kişilerin % 24,2'sini 25 yaş altı kişiler, üniversite mezunu kişilerin %2,1'ini, okur yazar olmayan kişilerin % 32,3'ünü 64 yaş üstü kişiler oluşturmaktadır. 25 yaş altı kişilerin çoğunluğunu üniversite mezunu kişiler oluştururken, okur yazar olmayan kişilerin çoğunluğunu 64 yaş üstü kişiler oluşturmaktadır. Aralarında anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 12, $p<0,05$).

Tablo 12. Adana ilinde görüşülen kişilerin eğitim durumlarının yaş gruplarına göre dağılımı (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$).

	Okur yazar olmayan		Okur yazar		İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<25	0	0,0	1	4,2	15	3,7	19	18,1	64	21,9	47	24,2	146	13,1
25-29	2	2,2	1	4,2	25	6,2	11	10,5	37	12,7	33	17,0	109	9,8
30-34	2	2,2	1	4,2	44	10,9	10	9,5	43	14,7	25	12,9	125	11,3
35-39	2	2,2	0	0,0	42	10,4	12	11,4	42	14,4	26	13,4	124	11,2
40-44	5	5,4	0	0,0	68	16,9	12	11,4	28	9,6	21	10,8	134	12,1
45-49	14	15,1	2	8,3	46	11,4	10	9,5	29	9,9	12	6,2	113	10,2
50-54	9	9,7	3	12,5	56	13,9	12	11,4	25	8,6	11	5,7	116	10,4
55-59	16	17,2	4	16,7	51	12,7	8	7,6	16	5,5	8	4,1	103	9,3
60-64	13	14,0	2	8,3	24	6,0	6	5,7	6	2,1	7	3,6	58	5,2
64>	30	32,3	10	41,7	32	7,9	5	4,8	2	0,7	4	2,1	83	7,5
Toplam	93	100,0	24	100,0	403	100,0	105	100,0	292	100,0	194	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.1.4. Görüşülen Kişilerin Sosyal Güvencelerinin Durumu

Görüşülen kişilerin sosyal güvencelerinin durumu Tablo 10’da gösterilmiştir. Tüm çalışma grubumuzdaki görüşülen kişilerin % 84,5’inin sosyal güvencesi varken, % 15,5’inin sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Sosyal güvencesi olanların % 19,4’nün Emekli Sandığı, % 17,7’sinin Bağ-Kur, % 43,3’nün SSK, % 0,6’sının Özel Sağlık Sigortası, % 3,5’inin Yeşil Kartı olduğu görülmüştür. (Tablo 13).

Tablo 13. Adana ilinde görüşülen kişilerin sosyal güvence varlığının dağılımı

	n	%
Var	172	15,5
Yok	939	84,5
Toplam	1111	100,0
SSK	481	43,3
Emekli Sandığı	215	19,4
Bağ-Kur	197	17,7
Yeşil Kart	39	3,5
Özel Sağlık Sigortası	7	0,6
Toplam	939	84,5

n (kişi sayısı)

4.1.5. Görüşülen Kişilerin Mesleklerinin Cinsiyetlerine Göre Dağılımı

Adana ilinde görüşülen kişilerin cinsiyetlerine göre meslek dağılımları Tablo14’de gösterilmiştir.

Tablo 14. Görüşülen kişilerin mesleklerinin cinsiyetlerine göre dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Ev Hanımı	0	0,0	540	76,4	540	48,6
Serbest Meslek	116	28,6	20	2,8	136	12,2
Emekli	91	22,5	31	4,4	122	11,0
Öğrenci	37	9,1	25	3,5	62	5,6
İşsiz	29	7,2	29	4,1	58	5,2
Çiftçi	24	5,9	2	0,3	26	2,3
İşçi	21	5,2	4	0,6	25	2,3
Memur	19	4,7	4	0,6	23	2,1
Öğretmen	15	3,7	25	3,5	40	3,6
Muhasebeci	9	2,2	8	1,1	17	1,5
Müdür,Yönetici	8	2,0	1	0,1	9	0,8
Şoför	7	1,7	0	0,0	7	0,6
Polis	5	1,2	0	0,0	5	0,5
Bankacı	3	0,7	3	0,4	6	0,5
Mühendis	2	0,5	2	0,3	4	0,4
Sigortacı	2	0,5	0	0,0	2	0,2
Muhtar	2	0,5	0	0,0	2	0,2
Doktor	1	0,2	0	0,0	1	0,1
Eczacı	1	0,2	0	0,0	1	0,1
Tekniker	1	0,2	1	0,1	2	0,2
Veteriner	1	0,2	0	0,0	1	0,1
Teknik Ressam	1	0,2	0	0,0	1	0,1
Hakim	1	0,2	0	0,0	1	0,1
Avukat	1	0,2	0	0,0	1	0,1
Temizlikçi	1	0,2	1	0,1	2	0,2
Öğretim Gör.	1	0,2	2	0,3	3	0,3
Hastabakıcı	1	0,2	0	0,0	1	0,1
İşletmeci	1	0,2	0	0,0	1	0,1
Güvenlik Gör.	1	0,2	0	0,0	1	0,1
Asker	1	0,2	0	0,0	1	0,1
Kimyager	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Hemşire	0	0,0	4	0,6	4	0,4
Ebe	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Mimar	0	0,0	1	0,1	1	0,1
Sekreter	0	0,0	5	0,7	5	0,5
Toplam	405	100,0	706	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.1.6. Görüşülen Kişilerin Yerleşim Yerleri

Adana ilinde görüşme yaptığımız kişilerin yerleşim yerlerinin hangi bölgelerde olduğuna bakıldığında; % 73,7'sinin il merkezinde, % 10,2'sinin ilçe merkezinde, % 16,1'inin de kasaba, belde veya köyde oturduğu belirlenmiştir (Tablo 15). Çalışma grubunu hesaplarken almak istediğimiz kişilerin 630'u % 51'i Seyhan, 365'i % 29,5'i Yüreğir, 239'u % 19,3'ü Adana ilinin diğer ilçelerinden olmak üzere toplam 1234 kişi alınmıştır.

Tablo 15. Adana ilinde görüşülen kişilerin yerleşim yerlerinin dağılımı

	n	%
İl merkezi	819	73,7
İlçe merkezi	113	10,2
Kasaba,belde,köy	179	16,1
Toplam	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.1.7. Görüşülen Kişilerin Hastalandıklarında İlk Başvurdukları Yer

Tablo 16'da görüşülen kişilerin hastalandıkları anda ilk başvurdukları yerler görülmektedir. Görüşülen kişilerin % 47,6'sının sağlık ocağına başvurduğu görülmüştür. Görüşülen kişilerin % 1,7'sinin ilk olarak eczaneye başvurduğu, % 6,5'nin ise aile sağlığı merkezine başvurduğu görülmüştür. % 11,8'i özel sağlık merkezlerine başvururken, % 26,6'sı devlet hastanesine, % 5,4'ü üniversite hastanesine başvurduğunu söylemiştir. % 0,4'ü ise şu ana kadar hiç doktora gitmediğini belirtmiştir.

Tablo 16. Adana ilinde görüşülen kişilerin hastalandıklarında ilk başvurdukları yerlerin dağılımı.

	n	%
Sağlık Ocağı	529	47,6
Devlet Hastanesi	296	26,6
Özel Sağlık Merkezleri	131	11,8
Aile Sağlığı Merkezi	72	6,5
Üniversite Hastanesi	60	5,4
Eczane	19	1,7
Hiç Gitmedim	4	0,4
Toplam	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.1.7.1. Görüşülen Kişilerin Hastalandıklarında İlk Başvurdukları Yerlerin Sosyal Güvencelerine Göre Karşılaştırılması

Adana ilinde görüştüğümüz kişilerin hastalandıklarında ilk başvurdukları yerlerin sosyal güvencelerine göre karşılaştırılması değerlendirildiğinde; sosyal güvencesi olmayanların % 5,8'i, sosyal güvencesi olanların ise % 1'i eczaneyi tercih etmiştir. Sosyal güvencesi olmayanların % 1,7'si sağlık ocağını tercih ederken, sosyal güvencesi olanların ise % 6,1'i tercih etmiştir.. Sosyal güvencesi olanlarla olmayanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 17, $p<0,05$).

Tablo 17. Görüşülen kişilerin hastalandıklarında ilk başvurdukları yerlerin sosyal güvencelerine göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$)

	Sosyal Güvence Varlığı					
	Yok		Var		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Aile Sağlığı Merkezi	9	5,2	63	6,7	72	6,5
Sağlık Ocağı	84	48,8	445	47,4	529	47,6
Eczane	10	5,8	9	1,0	19	1,7
Özel Sağlık Merkezi	13	7,6	118	12,6	131	11,8
Devlet Hastanesi	53	30,8	243	25,9	296	26,6
Üniversite Hastanesi	3	1,7	57	6,1	60	5,4
Hiç Gitmedim	0	0,0	4	0,4	4	0,4
Toplam	172	100,0	939	100,0	1111	100,0

4.1.7.2. Görüşülen Kişilerin Hastalandıklarında İlk Başvurdukları Yerlerin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Görüşülen kişilerin hastalandıklarında ilk başvurdukları yerlerin eğitim durumuna göre karşılaştırılmasına bakıldığında; okur yazar olmayanların % 3,2'si aile sağlığı merkezini tercih ederken, üniversite mezunu kişilerin % 9,8'i aile sağlığı merkezini tercih etmiştir. Okur yazar olanların % 50'si devlet hastanesini tercih ederken, üniversite mezunu kişilerin % 16,5'i devlet hastanesini tercih etmiştir. Eğitim durumu ile tercih ettikleri yerler arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 18, $p>0,05$).

4.1.7.3. Görüşülen Kişilerin Hastalandıklarında İlk Başvurdıkları Yerlerin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

Görüşülen kişilerin hastalandıklarında ilk başvurdıkları yerlerin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması değerlendirildiğinde; erkeklerin % 45,2'si, kadınların % 49'u sağlık ocağını tercih etmiş, erkeklerin % 8,6'sı, kadınların % 5,2'si aile sağlığı merkezini tercih etmiştir. Erkek ve kadın arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 19, $p>0.05$).

Tablo 18. Görüşülen kişilerin hastalandıklarında ilk başvurdıkları yerlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).

	Okur yazar olmayan		Okur yazar		İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aile S.M.	3	3,2	1	4,2	22	5,5	8	7,6	19	6,5	19	9,8	72	6,5
Sağ.Ocağ.	49	52,7	10	41,7	218	54,1	50	47,6	128	43,8	74	38,1	529	47,6
Eczane	2	2,2	0	0,0	5	1,2	2	1,9	8	2,7	2	1,0	19	1,7
Öz.S.M.	5	5,4	0	0,0	20	5,0	7	6,7	46	15,8	53	27,3	131	11,8
DevletH.	32	34,4	12	50,0	117	29,0	30	28,6	73	25,0	32	16,5	296	26,6
Üniv.H.	2	2,2	1	4,2	21	5,2	8	7,6	16	5,5	12	6,2	60	5,4
HiçGitm.	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,7	2	1,0	4	0,4
Toplam	93	100,0	24	100,0	403	100,0	105	100,0	292	100,0	194	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

Tablo 19. Görüşülen kişilerin hastalandıklarında ilk başvurdıkları yerlerin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması. (Ki- Kare testi uygulandı. $p>0,05$)

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Aile Sağlığı Merkezi	35	8,6	37	5,2	72	6,5
Sağlık Ocağı	183	45,2	346	49,0	529	47,6
Eczane	9	2,2	10	1,4	19	1,7
Özel Sağlık Merkezi	47	11,6	84	11,9	131	11,8
Devlet Hastanesi	104	25,7	192	27,2	296	26,6
Üniversite Hastanesi	23	5,7	37	5,2	60	5,4
Hiç Gitmedim	4	1,0	0	0,0	4	0,4
Toplam	405	100,0	706	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.1.7.4. Görüşülen Kişilerin Hastalandıklarında İlk Başvurdukları Yerlerin Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması

Görüşülen kişilerin hastalandıklarında ilk başvurdıkları yerlerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılmasında; il merkezinde oturanların % 14,3'ü özel sağlık merkezlerini tercih ederken, kasaba ve köyde oturanların % 3,4'ü özel sağlık merkezlerini tercih etmiştir. Aralarında anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 20, $p<0,05$).

Tablo 20. Görüşülen kişilerin hastalandıklarında ilk başvurdıkları yerlerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$)

	İl Merkezi		İlçe Merkezi		Kasaba, köy		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aile Sağlığı Merkezi	49	6,0	11	9,7	12	6,7	72	6,5
Sağlık Ocağı	385	47,0	47	41,6	97	54,2	529	47,6
Eczane	15	1,8	1	0,9	3	1,7	19	1,7
Özel Sağlık Merkezi	117	14,3	8	7,1	6	3,4	131	11,8
Devlet Hastanesi	200	24,4	41	36,3	55	30,7	296	26,6
Üniversite Hastanesi	50	6,1	4	3,5	6	3,4	60	5,4
Hiç Gitmedim	3	0,4	1	0,9	0	0,0	4	0,4
Toplam	819	100,0	113	100,0	179	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.2. Doktora Danışmadan İlaç Kullanımı

Adana'da görüşülen toplam 1111 kişiden 577'si (% 51,9) doktora danışmadan ilaç kullanırken, doktora danışarak ilaç kullananlar 476 kişi (% 42,8), 58 kişi (% 5,2) ise bazen doktora danışmadan ilaç kullandığını belirtmişlerdir (Tablo 21).

Tablo 21. Adana ilinde görüşülen kişilerin doktora danışmadan ilaç kullanımı

	n	%
Evet	577	51,9
Hayır	476	42,8
Bazen	58	5,2
Toplam	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.2.1. Doktora Danışmadan Kullanılan İlaçlar

Doktora danışmadan ilaç kullanımı sorgulandığında 1111 kişiden 635'i (% 57,2) evet derken, 476'sı (% 42,8) hayır diyerek doktora danışmadan ilaç kullanmadığını söylemiştir. Doktora danışmadan ilaç kullanan 635 kişiden 625 kişi (% 98,4) ağrı kesici, ateş düşürücü, 218 kişi (% 34,3) antibiyotik, 337 kişi (% 53,1) anti-gribal ilaç kullandığını söylemiştir. 116 kişi (% 18,3) ise diğer ilaçları kullandıklarını söylemişlerdir (Tablo 22).

Tablo 22. Doktora danışmadan kullanılan ilaçlar

	n	%
Ağrı kesiciler+Ateş düşürücüler	625	98,4
Antigribal	337	53,1
Antibiyotik	218	34,3
Peptik ülser ilaçları	39	6,1
Antitusifler	34	5,4
Dermatolojik preparatlar	19	3,0
Vitaminler	5	0,8
Kas gevşeticiler	5	0,8
Antihistaminikler	4	0,4
Antidepresanlar	2	0,3
Romatizma ilaçları	2	0,3
GİS ilaçları	1	0,2
Antihipertansif ilaçlar	1	0,2
Antidiyabetikler	1	0,2
Antianemikler	1	0,2
Antiepileptikler	1	0,2
Göz preparatları	1	0,2

n (kişi sayısı)(Toplam n sayısı:635)

4.2.2. Doktora Danışmadan İlaç Kullananların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Sosyal güvencesi olmayanların % 64'ü doktora danışmadan ilaç kullanırken, sosyal güvencesi olanların % 55,9'u doktora danışmadan ilaç kullandığını söylemiştir. Sosyal güvencesi olmayanların % 36'sı, sosyal güvencesi olanların % 44,1'i doktora danışmadan ilaç kullanmadığını söylemiştir. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 23, p>0,05).

Tablo 23. Doktora danışmadan ilaç kullananların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$)

	Sosyal Güvence Varlığı					
	Yok		Var		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	110	64,0	525	55,9	635	57,2
Hayır	62	36,0	414	44,1	476	42,8
Toplam	172	100,0	939	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.2.3. Doktora Danışmadan İlaç Kullananların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Doktora danışmadan ilaç kullananların eğitim durumları; Okur yazar olanların % 45,8'i, üniversite mezunlarının % 62,4'ü doktora danışmadan ilaç kullandığını söylemiştir. İlkokul mezunlarının % 47,1'i, üniversite mezunlarının % 37,6'sı doktora danışmadan ilaç kullanmadıklarını söylemişlerdir. Doktora danışmadan ilaç kullanma ile eğitim düzeyi arasında anlamlılık bulunmuştur (Tablo 24, $p<0,05$).

Tablo 24. Doktora danışmadan ilaç kullananların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$)

	Okur yazar olmayan		Okur yazar		İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	48	51,6	11	45,8	213	52,9	61	58,1	181	62,0	121	62,4	635	57,2
Hayır	45	48,4	13	54,2	190	47,1	44	41,9	111	38,0	73	37,6	476	42,8
Toplam	93	100,0	24	100,0	403	100,0	105	100,0	292	100,0	194	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.2.4. Doktora Danışmadan İlaç Kullananların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

Doktora danışmadan ilaç kullananlar cinsiyetlerine göre karşılaştırıldığında; erkeklerin % 58,3'ü doktora danışmadan ilaç kullanırken, kadınların % 56,5'i doktora danışmadan ilaç kullandığını söylemiştir. Erkeklerin % 41,7'si, kadınların % 43,5'i doktora danışmadan ilaç kullanmadığını söylemiştir. Erkek kadın arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 25, $p>0,05$).

Tablo 25. Doktora danışmadan ilaç kullananların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$)

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	236	58,3	399	56,5	635	57,2
Hayır	169	41,7	307	43,5	476	42,8
Toplam	405	100,0	706	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.2.5. Doktora Danışmadan İlaç Kullananların Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması

Doktora danışmadan ilaç kullananların yerleşim yerlerine bakıldığında; il merkezinde oturanların % 60,8'i, kasaba ve köyde oturanların % 49,2'si doktora danışmadan ilaç kullandığını söylemiştir.. İl merkezinde oturanların % 39,2'si, ilçe merkezinde oturanların % 56,6'sı doktora danışmadan ilaç kullanmadıklarını söylemişlerdir. Yerleşim yerlerine göre doktora danışmadan ilaç kullanma arasında anlamlılık olduğu bulunmuştur (Tablo 26, $p<0,05$).

Tablo 26. Doktora danışmadan ilaç kullananların yerleşim yerlerine göre dağılımı. (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$)

	İl Merkezi		İlçe Merkezi		Kasaba, köy		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	498	60,8	49	43,4	88	49,2	635	57,2
Hayır	321	39,2	64	56,6	91	50,8	476	42,8
Toplam	819	100,0	113	100,0	179	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.3. Akraba, Arkadaş, Komşu Tavsiyesiyle İlaç Kullanımı

Görüşülen kişilerde akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanımına bakıldığında; 1111 kişiden 78'i (% 7,0) akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullandığını, 1023 kişi (% 92,1) kullanmadığını, 10 kişi (% 0,9) bazen akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullandığını söylemiştir (Tablo 27).

Tablo 27. Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanımı

	n	%
Evet	78	7,0
Hayır	1023	92,1
Bazen	10	0,9
Toplam	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.3.1. Akraba, Arkadaş, Komşu Tavsiyesiyle Kullanılan İlaçlar

Adana ilindeki görüştüğümüz 1111 kişiden 88 kişi akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullandığını söylemiştir. Bu 88 kişiden ise 83'ü (% 94,3) ağrı kesici, ateş düşürücüler, 26 kişi (%29,5) antibiyotikleri, 44 kişi (% 50) anti gribal ilaçları tavsiyeyle kullandığını söylemiştir. Diğer ilaçlar Tablo 28'de görülmektedir.

Tablo 28. Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle kullanılan ilaçlar

	n	%
Ağrı kesiciler+Ateş düşürücüler	83	94,3
Anti gribal ilaçlar	44	50
Antibiyotik	26	29,5
Ülser ilaçları	13	14,8
Dermatolojik preparatlar	5	5,7
Vitaminler	2	2,3
Kas gevşeticiler	2	2,3
Anti hipertansifler	1	1,1
Antitusifler	1	1,1
Romatizma ilaçları	1	1,1
İdrar yolları antiseptiği	1	1,1
Kulak damlası	1	1,1

n (kişi sayısı)/Toplam n sayısı: 88

4.3.2. Akraba, Arkadaş, Komşu Tavsiyesiyle İlaç Kullananların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullananların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması incelendiğinde; sosyal güvencesi olmayanların %12,2'si, sosyal güvencesi olanların % 7,1'i tavsiye ile ilaç kullandığını söylemiştir. Sosyal güvencesi olmayanların % 87,8'i, sosyal güvencesi olanların % 92,9'u tavsiye ile ilaç kullanmadığını söylemişlerdir (Tablo 29, p> 0,05).

Tablo 29. Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullananların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare Testi uygulandı. $p>0,05$)

	Sosyal Güvence Varlığı					
	Yok		Var		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	21	12,2	67	7,1	88	7,9
Hayır	151	87,8	872	92,9	1023	92,1
Toplam	172	100,0	939	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.3.3. Akraba, Arkadaş, Komşu Tavsiyesiyle İlaç Kullananların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullananların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması sorguladığında; ortaokul mezunlarının % 5,7'si, üniversite mezunlarının % 9,8'i tavsiye ile ilaç kullandıklarını söylemişlerdir. Tavsiye ile ilaç kullanma ile eğitim durumları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 30, $p>0,05$).

Tablo 30. Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullananların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$)

	Okur yazar olmayan		Okur yazar		İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	8	8,6	2	8,3	25	6,2	6	5,7	28	9,6	19	9,8	88	7,9
Hayır	85	91,4	22	91,7	378	93,8	99	94,3	264	90,4	175	90,2	1023	92,1
Toplam	93	100,0	24	100,0	403	100,0	105	100,0	292	100,0	194	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.3.4. Akraba, Arkadaş, Komşu Tavsiyesiyle İlaç Kullananların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

Erkeklerin %8,1'i, kadınların % 7,8'i tavsiye ile ilaç kullandığını söylemiştir. Kadın erkek arasında anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 31, $p>0,05$).

Tablo 31. Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullananların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$)

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	33	8,1	55	7,8	88	7,9
Hayır	372	91,9	651	92,2	1023	92,1
Toplam	405	100,0	706	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.3.5. Akraba, Arkadaş, Komşu Tavsiyesiyle İlaç Kullananların Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması

Tavsiye ile ilaç kullananların yerleşim yerlerine göre karşılaştırması yapıldığında; il merkezinde oturanların %8,5'i, ilçe merkezinde oturanların %3,6'sı, kasaba, köyde oturanların % 7,8'i tavsiye ile ilaç kullandığını söylemiştir. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 32, $p>0,05$).

Tablo 32. Akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullananların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$)

	İl merkezi		İlçe merkezi		Kasaba, köy		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	70	8,5	4	3,6	14	7,8	88	7,9
Hayır	749	91,5	109	96,4	165	92,2	1023	92,1
Toplam	819	100,0	113	100,0	179	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.4. Akraba, Arkadaş, Komşulara İlaç Tavsiye Edilmesi

Adana'da görüşülen 1111 kişiden 945'i (% 85,1'i) akraba, arkadaş, komşularına ilaç tavsiye etmediklerini söylemişlerdir. 150 kişi (% 13,5'i) ilaç tavsiye ederken, 16 kişi (% 1,4'ü) bazen arkadaşlarına ilaç tavsiye ettiklerini söylemişlerdir (Tablo 33).

Tablo 33. Akraba, arkadaş, komşulara ilaç tavsiye edilmesi

	n	%
Evet	150	13,5
Hayır	945	85,1
Bazen	16	1,4
Toplam	1111	100,0

4.4.1. Akraba, Arkadaş, Komşulara Tavsiye Edilen İlaçlar

Adana ilinde görüştüğümüz 1111 kişiden 166'sı akraba, arkadaş, komşularına ilaç tavsiye etmekte olduğunu söylemiştir. 166 kişiden 150'si (% 90,4) ağrı kesici, ateş düşürücüler, 18 kişi (% 10,8) antibiyotikleri, 55 kişi (% 33,1) anti gribal ilaçları, 16 kişi (% 9,6) ülser ilaçlarını, 3 kişi (% 1,8) anti hipertansif ilaçları, 2 kişi (% 1,2) anti diyabetik ilaçları, 7 kişi (% 4,2) antitusif ilaçları, 1 kişi (% 0,6) antihistaminik ilaçları, 1 kişi (% 0,6) antianemik ilaçları, 2 kişi (% 1,2) antidepresan ilaçları, 1 kişi (% 0,6) kalp ilaçlarını, 1 kişi (% 0,6) vitaminleri, 3 kişi (% 1,8) dermatolojik preparatları, 1 kişi (% 0,1) kas gevşeticileri, 1 kişi (% 0,1) migren ve 2 kişi (% 0,2) antiromatizmal ilaçları tavsiye ettiklerini söylemişlerdir (Tablo 34).

Tablo 34. Akraba, arkadaş, komşulara tavsiye edilen ilaçlar

	n	%
Ağrı kesiciler+Ateş düşürücüler	150	90,4
Antigribal ilaçlar	55	33,1
Antibiyotikler	18	10,8
Ülser ilaçları	16	9,6
Antitusifler	7	4,2
Antihipertansifler	3	1,8
Dermatolojik preparatlar	3	1,8
Antidiyabetikler	2	1,2
Antidepresanlar	2	1,2
Antiromatizmal ilaçlar	2	0,2
Antihistaminikler	1	0,6
Antianemikler	1	0,6
Kalp ilaçları	1	0,6
Vitaminler	1	0,6
Kas gevşeticiler	1	0,1
Migren ilaçları	1	0,1

n (kişi sayısı)/Toplam n sayısı:166

4.4.2. Akraba, Arkadaş, Komşulara İlaç Tavsiye Edenlerin Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Yakınlarına ilaç tavsiye edenlerin sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılmasına bakıldığında; sosyal güvencesi olmayanların % 13,4'ü, sosyal güvencesi olanların % 15,2'si yakınlarına ilaç tavsiye ettiğini söylemiştir. Sosyal

güvencesi olanlar ile olmayanlar arasında ilaç tavsiye etme konusunda bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 35, $p>0,05$).

Tablo 35. Akraba, arkadaş, komşulara ilaç tavsiye edenlerin sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare Testi uygulandı. $p>0,05$)

	Sosyal Güvence Varlığı				Toplam	
	Yok		Var			
	n	%	n	%	n	%
Evet	23	13,4	143	15,2	166	14,9
Hayır	149	86,6	796	84,8	945	85,1
Toplam	172	100,0	939	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.4.3. Akraba, Arkadaş, Komşulara İlaç Tavsiye Edenlerin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Akraba, arkadaş, komşulara ilaç tavsiye edenlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılmasında; okur yazar olmayanların % 8,6'sı, lise mezunlarının % 20,9'u ilaç tavsiye ettiklerini söylemişlerdir. İlaç tavsiye etmenin eğitim düzeyleri ile arasında anlamlı fark bulunmaktadır (Tablo 36, $p<0,05$).

Tablo 36. Akraba, arkadaş, komşulara ilaç tavsiye edenlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$).

	Okur yazar olmayan		Okur yazar		İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	8	8,6	3	12,5	50	12,4	10	9,5	61	20,9	34	17,5	166	14,9
Hayır	85	91,4	21	87,5	353	87,6	95	90,5	231	79,1	160	82,5	945	85,1
Toplam	93	100,0	24	100,0	403	100,0	105	100,0	292	100,0	194	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.4.4. Akraba, Arkadaş, Komşulara İlaç Tavsiye Edenlerin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

Akraba, arkadaş, komşularına ilaç tavsiye edenleri cinsiyetlerine göre değerlendirdiğimizde; erkeklerin % 15,1'i, kadınların % 14,9'u ilaç tavsiye ettiklerini söylemişlerdir. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 37, $p>0,05$).

Tablo 37. Akraba, arkadaş, komşulara ilaç tavsiye edenlerin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$)

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	61	15,1	105	14,9	166	14,9
Hayır	344	84,9	601	85,1	945	85,1
Toplam	405	100,0	706	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.4.5. Akraba, Arkadaş, Komşulara İlaç Tavsiye Edenlerin Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması

Akraba, arkadaş, komşulara ilaç tavsiye edenleri yerleşim yerlerine göre karşılaştırdığımızda; il merkezinde oturanların % 16,1'i, ilçe merkezinde oturanların % 14,2'si, kasaba, köyde oturanların % 10,1'i akraba, arkadaş, komşularına ilaç tavsiye ettiklerini söylemişlerdir. Aralarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 38, $p>0,05$).

Tablo 38. Akraba, arkadaş, komşulara ilaç tavsiye edenlerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).

	İl merkezi		İlçe merkezi		Kasaba, köy		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	132	16,1	16	14,2	18	10,1	166	14,9
Hayır	687	83,9	97	85,8	161	89,9	945	85,1
Toplam	819	100,0	113	100,0	179	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.5. Grip, Soğuk Algınlığı Gibi Durumlarda Doktora Sormadan Antibiyotik Kullanma Durumu

Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan antibiyotik kullanma durumu sorguladığında; 1111 kişiden 303 kişi (% 27,3) doktora sormadan antibiyotik kullandığını söylemiştir. 772 (% 69,5) kişi ise doktora sormadan antibiyotik kullanmadığını söylemiştir. 36 kişi (% 3,2'si) ise bazen doktora sormadan antibiyotik kullandığını söylemiştir (Tablo 39).

Tablo 39. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan antibiyotik kullanma durumu

	n	%
Evet	303	27,3
Hayır	772	69,5
Bazen	36	3,2
Toplam	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.5.1. Grip, Soğuk Algınlığı Gibi Durumlarda Doktora Sormadan Antibiyotik Kullananların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan antibiyotik kullananların sosyal güvencelerine göre karşılaştırılmasına baktığımızda; sosyal güvencesi olmayanların % 45,9'u, sosyal güvencesi olanların % 27,7'si doktora sormadan antibiyotik kullandığını söylemiştir. Sosyal güvencesi olmayanların, olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazla doktora sormadan antibiyotik kullandığı görülmüştür (Tablo 40, $p<0,05$).

Tablo 40. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan antibiyotik kullananların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare Testi uygulandı. $p<0,05$).

	Sosyal Güvence Varlığı				Toplam	
	Yok		Var			
	n	%	n	%	n	%
Evet	79	45,9	260	27,7	339	30,5
Hayır	93	54,1	679	72,3	772	69,5
Toplam	172	100,0	939	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.5.2. Grip, Soğuk Algınlığı Gibi Durumlarda Doktora Sormadan Antibiyotik Kullananların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Doktora sormadan antibiyotik kullananların eğitim durumlarına göre karşılaştırılmasında; okur yazar olmayanların % 34,4'ü, okur yazarların % 25'i, ilkokul mezunlarının % 32,3'ü, ortaokul mezunlarının % 27,6'sı, lise mezunlarının % 29,8'i, üniversite mezunlarının % 28,4'ü doktora sormadan antibiyotik kullandığını söylemiştir. Aralarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 41, $p>0,05$).

Tablo 41. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan antibiyotik kullananların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$)

	Okur yazar olmayan		Okur yazar		İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	32	34,4	6	25,0	130	32,3	29	27,6	87	29,8	55	28,4	339	30,5
Hayır	61	65,6	18	75,0	273	67,7	76	72,4	205	70,2	139	71,6	772	69,5
Toplam	93	100,0	24	100,0	403	100,0	105	100,0	292	100,0	194	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.5.3. Grip, Soğuk Algınlığı Gibi Durumlarda Doktora Sormadan Antibiyotik Kullananların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

Doktora sormadan antibiyotik kullananları cinsiyetlerine göre karşılaştırılması yapıldığında; erkeklerin % 30,4'ü, kadınların % 30,6'sı doktora sormadan antibiyotik kullandıklarını söylemişlerdir. Erkek ve kadın arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 42, $p>0,05$).

Tablo 42. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan antibiyotik kullananların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi kullanıldı. $p>0,05$)

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	123	30,4	216	30,6	339	30,5
Hayır	282	69,6	490	69,4	772	69,5
Toplam	405	100,0	706	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.5.4. Grip, Soğuk Algınlığı Gibi Durumlarda Doktora Sormadan Antibiyotik Kullananların Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması

Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan antibiyotik kullananların yerleşim yerlerine göre karşılaştırmasını yaptığımızda; il merkezinde oturanların % 30'u, ilçe merkezinde oturanların % 26,5'i, kasaba ve köyde oturanların % 35,2'si doktora sormadan antibiyotik kullandıklarını söylemişlerdir. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 43, $p>0,05$).

Tablo 43. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan antibiyotik kullananların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$)

	İl merkezi		İlçe merkezi		Kasaba, köy		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	246	30,0	30	26,5	63	35,2	339	30,5
Hayır	573	70,0	83	73,5	116	64,8	772	69,5
Toplam	819	100,0	113	100,0	179	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.6. Doktorun Verdiği Antibiyotikleri Bitirmeden Bırakma Durumu

Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakma durumu incelendiğinde; 405 kişi (% 36,5) antibiyotikleri bitirmeden bıraktığını söylemiştir. 579 kişi (% 52,1) antibiyotikleri bitirmeden bırakmadığını söylemiştir. 127 kişi ise (% 11,4) bazen antibiyotikleri bitirmeden bıraktığını söylemiştir (Tablo 44).

Tablo 44. Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakma durumu

	n	%
Evet	405	36,5
Hayır	579	52,1
Bazen	127	11,4
Toplam	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.6.1. Doktorun Verdiği Antibiyotikleri Bitirmeden Bırakma Sebebi

Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakan 532 kişiden 311 kişi (%58,3) iyileşme nedeniyle bıraktığını söylemiştir. 137 kişi (% 25,8) kendini iyi hissettiği için, 12 kişi (% 2,3) unutkanlık nedeniyle, 1 kişi (% 0,2) alerji yaptığı için, 53 kişi (% 10) fazla ilaç almamak için, 33 kişi (% 6,2) yan etkilerinden dolayı, 8 kişi (% 1,5) ilaç yaramadı diye bıraktığını söylerken, 1 kişi (% 0,2) tadı kötü olduğundan, 1 kişi (% 0,2) idrar yollarını bozduğu için antibiyotikleri bitirmeden bıraktığını söylemişlerdir (Tablo 45).

Tablo 45. Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakma sebebi

	n	%
İyileşme	311	58,3
Kendini iyi hissetme	137	25,8
Fazla ilaç almamak için	53	10
Yan etkiden dolayı	33	6,2
Unutkanlık	12	2,3
İlaç yaramadı diye	8	1,5
Alerji	1	0,2
Tadı kötü olduğundan	1	0,2
İdrar yollarını bozduğu için	1	0,2

n (kişi sayısı)

4.6.2. Doktorun Verdiği Antibiyotikleri Bitirmeden Bırakanların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakanların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılmasına bakıldığında; sosyal güvencesi olmayanların % 52,9'u, sosyal güvencesi olanların % 47'si antibiyotikleri bitirmeden bıraktıklarını söylemişlerdir. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 46, $p>0,05$).

Tablo 46. Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakanların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare Testi uygulandı. $p>0,05$)

	Sosyal Güvence Varlığı					
	Yok		Var		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	91	52,9	441	47,0	532	47,9
Hayır	81	47,1	498	53,0	579	52,1
Toplam	172	100,0	939	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.6.3. Doktorun Verdiği Antibiyotikleri Bitirmeden Bırakanların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakanların eğitim durumlarına göre karşılaştırılmasına bakıldığında; okur yazar olmayanların % 47,3'ü, okur yazarların % 50'si, ilkokul mezunlarının % 45,4'ü, ortaokul mezunlarının % 47,6'sı, lise mezunlarının % 49,7'si, üniversite mezunlarının % 50,5'i antibiyotikleri bitirmeden

bıraktıklarını söylemişlerdir. Aralarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 47, $p>0,05$).

Tablo 47. Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakanların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,005$)

	Okur yazar olmayan		Okur yazar		İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	44	47,3	12	50,0	183	45,4	50	47,6	145	49,7	98	50,5	532	47,9
Hayır	49	52,7	12	50,0	220	54,6	55	52,4	147	50,3	96	49,5	579	52,1
Toplam	93	100,0	24	100,0	403	100,0	105	100,0	292	100,0	194	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.6.4. Doktorun Verdiği Antibiyotikleri Bitirmeden Bırakanların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakanların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması değerlendirildiğinde; erkeklerin % 46,4'ü, kadınların % 48,7'si antibiyotikleri bitirmeden bıraktıklarını söylemişlerdir. Kadın ve erkek arasında anlamlı farklılık saptanamamıştır (Tablo 48, $p>0,05$).

Tablo 48. Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakanların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	188	46,4	344	48,7	532	47,9
Hayır	217	53,6	362	51,3	579	52,1
Toplam	405	100,0	706	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.6.5. Doktorun Verdiği Antibiyotikleri Bitirmeden Bırakanların Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması

Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakanların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılmasına bakıldığında; il merkezinde oturanların % 47,1'i, ilçe merkezinde

oturanların % 48,7'si, kasaba ve köyde oturanların % 50,8'i antibiyotikleri bitirmeden bıraktıklarını söylemişlerdir. Aralarında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (Tablo 49, $p>0,05$).

Tablo 49. Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakanların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).

	İl merkezi		İlçe merkezi		Kasaba, köy		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	386	47,1	55	48,7	91	50,8	532	47,9
Hayır	433	52,9	58	51,3	88	49,2	579	52,1
Toplam	819	100,0	113	100,0	179	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.7. Doktorun Verdiği İlaç Hakkında Doktordan Bilgi İsteme Durumu

Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi isteme durumu değerlendirildiğinde; 1111 kişiden 336'sı (% 30,2) ilaç hakkında doktordan bilgi istediğini söylerken, 750 kişi (% 67,5) bilgi istemediğini, 25 kişi ise (% 2,3) doktordan bazen bilgi istediğini söylemişlerdir (Tablo 50).

Tablo 50. Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi isteme durumu

	n	%
Evet	336	30,2
Hayır	750	67,5
Bazen	25	2,3
Toplam	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.7.1. Doktorun Verdiği İlaç Hakkında Doktordan İstenilen Bilgiler

Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan istenilen bilgilere incelendiğinde; bilgi isteyen 361 kişiden 140 kişi (% 38,7) ilacın endikasyonları (etkisi, ne işe yaradığı) hakkında bilgi istemiştir. 97 kişi (% 26,9) ilacın kullanım şekli hakkında, 5 kişi (% 1,4) ilacın içeriği hakkında, 216 kişi (% 59,7) yan etkileri hakkında, 4 kişi (% 1,1) ilaç etkileşimlerini, 5 kişi (% 1,4) ilacın dozu hakkında, 5 kişi (% 1,4) ilacın uyarıları

hakkında, 12 kişi (% 3,3) ilacın kontrendikasyonları (kullanılmadığı durumlar) hakkında, 41 kişi (% 11,4) kullanım süresi hakkında doktordan bilgi istemiştir (Tablo 51).

Tablo 51. Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan istenilen bilgiler

	n	%
Yan etkileri	216	59,7
Endikasyonları	140	38,7
İlacın kullanım şekli	97	26,9
Kullanım süresi	41	11,4
Kontrendikasyonları	12	3,3
İçeriği	5	1,4
Dozu	5	1,4
Uyarılar	5	1,4
İlaç etkileşimleri	4	1,1

n (kişi sayısı)

4.7.2. Doktorun Verdiği İlaç Hakkında Doktordan Bilgi İsteyenlerin Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi isteyenlerin sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılmasında; sosyal güvencesi olmayanların % 27,3'ü, sosyal güvencesi olanların ise % 33,4'ünün doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi istediklerini söylemişlerdir. aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 52, $p>0,05$).

Tablo 52. Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi isteyenlerin sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare Testi uygulandı. $p>0,05$)

	Sosyal Güvence Varlığı				Toplam	
	Yok		Var			
	n	%	n	%	n	%
Evet	47	27,3	314	33,4	361	32,5
Hayır	125	72,7	625	66,6	750	67,5
Toplam	172	100,0	939	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.7.3. Doktorun Verdiği İlaç Hakkında Doktordan Bilgi İsteyenlerin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi isteyenlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılmasına baktığımızda; okur yazar olmayanların % 12,9'u, okur yazarların % 8,3'ü, ilkökul mezunlarının % 29,3'ü, ortaokul mezunlarının % 36,2'si, lise mezunlarının % 38,7'si, üniversite mezunlarının % 40,2'si doktordan ilaç hakkında bilgi istediklerini söylemişlerdir. Eğitim düzeyi arttıkça doktordan bilgi istemenin arttığı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 53, $p<0,05$).

Tablo 53. Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi isteyenlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,005$).

	Okur yazar olmayan		Okur yazar		İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	12	12,9	2	8,3	118	29,3	38	36,2	113	38,7	78	40,2	361	32,5
Hayır	81	87,1	22	91,7	285	70,7	67	63,8	179	61,3	116	59,8	750	67,5
Toplam	93	100,0	24	100,0	403	100,0	105	100,0	292	100,0	194	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.7.4. Doktorun Verdiği İlaç Hakkında Doktordan Bilgi İsteyenlerin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi isteyenlerin cinsiyetlerine göre karşılaştırılmasına bakıldığında; erkeklerin % 32,6'sı, kadınların % 32,4'ü doktordan ilaç hakkında bilgi istediğini söylemiştir. Erkek ve kadın arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 54, $p>0,05$).

Tablo 54. Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi isteyenlerin cinsiyetlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	132	32,6	229	32,4	361	32,5
Hayır	273	67,4	477	67,6	750	67,5
Toplam	405	100,0	706	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.7.5. Doktorun Verdiği İlaç Hakkında Doktordan Bilgi İsteyenlerin Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması

Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi isteyenlerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılmasında; il merkezinde oturanların % 34,1'i, ilçe merkezinde oturanların % 35,4'ü, kasaba, köyde oturanların % 23,5'i doktordan ilaç hakkında bilgi istediklerini söylemişlerdir. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 55, $p>0,05$).

Tablo 55. Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi isteyenlerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).

	İl merkezi		İlçe merkezi		Kasaba, köy		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	279	34,1	40	35,4	42	23,5	361	32,5
Hayır	540	65,9	73	64,6	137	76,5	750	67,5
Toplam	819	100,0	113	100,0	179	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.8. Kullanılan İlacın Prospektüsünü Okuma Durumu

Kullanılan ilacın prospektüsünün okunup okunmadığı sorgulandığında; 1111 kişiden 735'i (% 66,2) prospektüsü okuduğunu söylerken, 312 kişi (% 28,1) okumadığını, 64 kişi (% 5,8) ise bazen okuduğunu söylemiştir (Tablo 56).

Tablo 56. Kullanılan ilacın prospektüsünü okuma durumu

	n	%
Evet	735	66,2
Hayır	312	28,1
Bazen	64	5,8
Toplam	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.8.1. Kullanılan İlacın Prospektüsünü Okuyanların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Kullanılan ilacın prospektüsünü okuyanların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırıldığında; sosyal güvencesi olmayanların % 61,6'sı, sosyal güvencesi olanların % 73,8'si kullandıkları ilacın prospektüsünü okuduklarını söylemişlerdir.

Sosyal güvencesi olanların, olmayanlara oranla ilacın prospektüsünü daha fazla okudukları bulunmuştur (Tablo 57, $p<0,05$).

Tablo 57. Kullanılan ilacın prospektüsünü okuyanların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare Testi uygulandı. $p<0,05$).

	Sosyal Güvence Varlığı				Toplam	
	Yok		Var			
	n	%	n	%	n	%
Evet	106	61,6	693	73,8	799	71,9
Hayır	66	38,4	246	26,2	312	28,1
Toplam	172	100,0	939	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.8.2. Kullanılan İlacın Prospektüsünü Okuyanların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Kullanılan ilacın prospektüsünü okuyanların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması değerlendirildiğinde; okur yazar olmayanların % 8,6'sı, okur yazarların % 29,2'si, ilkokul mezunlarının % 69,5'i, ortaokul mezunlarının % 83,8'i, lise mezunlarının % 82,2'si, üniversite mezunlarının % 90,7'si kullandıkları ilacın prospektüsünü okuduklarını söylemişlerdir. Eğitim düzeyi arttıkça kullanılan ilacın prospektüsünü okuma oranının arttığı tespit edilmiştir (Tablo 58, $p<0,05$).

Tablo 58. Kullanılan ilacın prospektüsünü okuyanların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,005$).

	Okur yazar olmayan		Okur yazar		İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	8	8,6	7	29,2	280	69,5	88	83,8	240	82,2	176	90,7	799	71,9
Hayır	85	91,4	17	70,8	123	30,5	17	16,2	52	17,8	18	9,3	312	28,1
Toplam	93	100,0	24	100,0	403	100,0	105	100,0	292	100,0	194	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.8.3. Kullanılan İlacın Prospektüsünü Okuyanların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

Kullanılan ilacın prospektüsünü okuyanların cinsiyetlerine göre karşılaştırılmasında; erkeklerin % 67,9'u, kadınların % 74,2'si kullanılan ilacın prospektüsünü okuduklarını söylemişlerdir. Erkek ve kadın arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 59, $p>0,05$).

Tablo 59. Kullanılan ilacın prospektüsünü okuyanların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$)

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	275	67,9	524	74,2	799	71,9
Hayır	130	32,1	182	25,8	312	28,1
Toplam	405	100,0	706	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.8.4. Kullanılan İlacın Prospektüsünü Okuyanların Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması

Kullanılan ilacın prospektüsünü okuyanların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması incelendiğinde; il merkezinde oturanların % 76,7'si, ilçe merkezinde oturanların % 69,9'u, kasaba ve köyde oturanların % 51,4'ü kullandıkları ilaçların prospektüslerini okuduklarını söylemişlerdir. İl merkezinde oturanların, kasaba ve köyde oturanlara oranla daha fazla okudukları istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 60, $p<0,05$).

Tablo 60. Kullanılan ilacın prospektüsünü okuyanların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$)

	İl merkezi		İlçe merkezi		Kasaba, köy		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	628	76,7	79	69,9	92	51,4	799	71,9
Hayır	191	23,3	34	30,1	87	48,6	312	28,1
Toplam	819	100,0	113	100,0	179	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.8.5. Prospektüste Okunulan Yerler

Prospektüste okunulan yerleri sorguladığımızda; prospektüsü okuyan 800 kişiden 550'si (% 68,8) endikasyonları okuduğunu söylerken, 194 kişi (% 24,3) kullanım şeklini, 18 kişi (% 2,3) ilacın içeriğini, 648 kişi (% 81) yan etkilerini okuduğunu söylemiştir. 5 kişi (% 0,6) ilaç etkileşimlerini, 29 kişi (% 3,6) ilacın dozunu, 21 kişi (% 2,6) uyarıları, 14 kişi (% 1,8) kontrendikasyonlarını, 8 kişi (% 1) ilacın kullanım süresini okuduğunu söylemiştir (Tablo 61).

Tablo 61. Prospektüste okunulan yerler

	n	%
Yan etkileri	648	81
Endikasyonları	550	68,8
Kullanım şekli	194	24,3
İlacın dozu	29	3,6
Uyarıları	21	2,6
İlacın içeriği	18	2,3
Kontrendikasyonları	14	1,8
İlacın kullanım süresi	8	1
İlaç etkileşimleri	5	0,6

n (kişi sayısı)

4.9. İlacı Doktorun Önerdiği Gibi Kullanıp Kullanmama Durumu

Adana ilinde görüştüğümüz 1111 kişiden 942'si (% 84,8) ilacı doktorun önerdiği gibi kullandığını söylerken, 116 kişi (% 10,4) ilacı doktorun önerdiği şekilde kullanmadığını söylemiştir, 53 kişi ise (% 4,8) bazen önerilen şekilde kullandığını söylemiştir (Tablo 62).

Tablo 62. İlacı doktorun önerdiği gibi kullanıp kullanmama durumu

	n	%
Evet	942	84,8
Hayır	116	10,4
Bazen	53	4,8
Toplam	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.9.1. İlacı Doktorun Önerdiği Şekilde Kullanıp Kullanmamanın Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması

İlacı doktorun önerdiği şekilde kullanan insanların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılmasında; sosyal güvencesi olmayanların % 86'sı, sosyal güvencesi olanların % 90,2'si ilacı doktorun önerdiği şekilde kullandığını söylemiştir. Sosyal güvencesi olanlarla olmayanlar arasında ilacı doktorun önerdiği şekilde kullanma arasında fark bulunamamıştır (Tablo 63, $p>0,05$).

Tablo 63. İlacı doktorun önerdiği şekilde kullanıp kullanmamanın sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare Testi uygulandı. $p>0,05$)

	Sosyal Güvence Varlığı				Toplam	
	Yok		Var			
	n	%	n	%	n	%
Evet	148	86,0	847	90,2	995	89,6
Hayır	24	14,0	92	9,8	116	10,4
Toplam	172	100,0	939	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.9.2. İlacı Doktorun Önerdiği Şekilde Kullanıp Kullanmamanın Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

İlacı doktorun önerdiği şekilde kullananların eğitim durumlarına göre karşılaştırılmasında; okur yazar olmayanların % 80,6'sı, okur yazarların % 87,5'i, ilkokul mezunlarının % 90,1'i, ortaokul mezunlarının % 94,3'ü, lise mezunlarının % 89,4'ü, üniversite mezunlarının % 90,7'si ilacı doktorun önerdiği şekilde kullandığını söylemiştir. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 64, $p>0,05$)

Tablo 64. İlacı doktorun önerdiği şekilde kullanıp kullanmamanın eğitim durumuna göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,005$)

	Okur yazar olmayan		Okur yazar		İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	75	80,6	21	87,5	363	90,1	99	94,3	261	89,4	176	90,7	995	89,6
Hayır	18	19,4	3	12,5	40	9,9	6	5,7	31	10,6	18	9,3	116	10,4
Toplam	93	100,0	24	100,0	403	100,0	105	100,0	292	100,0	194	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.9.3. İlacı Doktorun Önerdiği Şekilde Kullanıp Kullanmamanın Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

İlacı doktorun önerdiği şekilde kullananların cinsiyetlere göre karşılaştırılmasında; ilacı doktorun önerdiği şekilde kullananların % 89,6'sı erkek, % 89,5'i kadın olarak bulunmuştur. Aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tablo 65, $p>0,05$).

Tablo 65. İlacı doktorun önerdiği şekilde kullanıp kullanmamanın cinsiyetlere göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	363	89,6	632	89,5	995	89,6
Hayır	42	10,4	74	10,5	116	10,4
Toplam	405	100,0	706	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.9.4. İlacı Doktorun Önerdiği Şekilde Kullanıp Kullanmamanın Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması

İlacı doktorun önerdiği şekilde kullanıp kullananların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılmasına bakıldığında; il merkezinde oturanların % 89,9'u, ilçe merkezinde oturanların % 91,2'si, kasaba ve köyde oturanların % 87,2'si ilacı doktorun önerdiği şekilde kullandığını söylemiştir. Aralarında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (Tablo 66, $p>0,05$).

Tablo 66. İlacı doktorun önerdiği şekilde kullanıp kullanmamanın yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).

	İl merkezi		İlçe merkezi		Kasaba, köy		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	736	89,9	103	91,2	156	87,2	995	89,6
Hayır	83	10,1	10	8,8	23	12,8	116	10,4
Toplam	819	100,0	113	100,0	179	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.10. İlacın Kullanımında Nelere Dikkat Ediliyor?

İlaçları kullanırken açlık-tokluk, saat aralıkları, ilacın dozuna dikkat edilmesi konusunda aşağıda veriler görülmektedir (Tablo 67).

Tablo 67. İlacın kullanımında nelere dikkat ediliyor?

	Açlık-tokluk		Saat aralıkları		İlacın dozu	
	n	%	n	%	n	%
Evet	1039	93,5	844	76	1019	91,7
Hayır	57	5,1	185	16,7	77	6,9
Bazen	15	1,4	82	7,4	15	1,4
Toplam	1111	100,0	1111	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.10.1. Açlık-Tokluk Durumu

1111 kişiden 1039 kişi (% 93,5) ilacı kullanırken açlık-tokluk durumuna baktığını söylerken, 57 kişi (% 5,1) açlık-tokluk durumuna bakmadığını söylemiştir, 15 kişi (% 1,4) ise bazen baktığını söylemiştir (Tablo 67).

4.10.1.1. Açlık-Tokluğa Dikkat Edenlerin Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Açlık-tokluğa dikkat edenlerin sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılmasında; sosyal güvencesi olmayanların % 90,7'si, sosyal güvencesi olanların % 95,6'sı ilacı kullanırken açlık-tokluğa dikkat ettiğini söylemiştir. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 68, $p>0,05$).

Tablo 68. Açlık-tokluğa dikkat edenlerin sosyal güvencelerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).

	Sosyal Güvence Varlığı				Toplam	
	Yok		Var			
	n	%	n	%	n	%
Evet	156	90,7	898	95,6	1054	94,9
Hayır	16	9,3	41	4,4	57	5,1
Toplam	172	100,0	939	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.10.1.2. Açlık-Tokluğa Dikkat Edenlerin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Açlık-tokluğa dikkat edenlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması incelendiğinde; okur yazar olmayanların % 81,7'si, okur yazarların % 91,7'si, ilkokul mezunlarının % 94,8'i, ortaokul mezunlarının % 100'ü, lise mezunlarının % 96,2'si, üniversite mezunlarının % 96,9'u ilaç kullanırken açlık-tokluğa dikkat ettiğini söylemişlerdir. Aralarında anlamlılık bulunmuştur (Tablo 69, $p<0,05$).

Tablo 69. Açlık-tokluğa dikkat edenlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,005$)

	Okur yazar olmayan		Okur yazar		İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	76	81,7	22	91,7	382	94,8	105	100,0	281	96,2	188	96,9	1054	94,9
Hayır	17	18,3	2	8,3	21	5,2	0	0,0	11	3,8	6	3,1	57	5,1
Toplam	93	100,0	24	100,0	403	100,0	105	100,0	292	100,0	194	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.10.1.3. Açlık-Tokluğa Dikkat Edenlerin Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

Açlık tokluğa dikkat edenlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılmasında; erkeklerin % 94,8'i, kadınların % 94,9'u ilacı kullanırken açlık tokluğa dikkat ettiğini söylemiştir. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 70, $p>0,05$).

Tablo 70. Açlık-tokluğa dikkat edenlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	384	94,8	670	94,9	1054	94,9
Hayır	21	5,2	36	5,1	57	5,1
Toplam	405	100,0	706	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.10.1.4. Açlık-Tokluğa Dikkat Edenlerin Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması

Açlık tokluğa dikkat edenlerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılmasına bakıldığında; il merkezinde oturanların % 96,3'ü, ilçe merkezinde oturanların % 94,7'si, kasaba ve köyde oturanların % 88,3'ü açlık- tokluğa dikkat ettiğini söylemiştir. İl merkezinde oturanların, kasaba ve köyde oturanlara göre açlık tokluğa daha çok dikkat ettiğini söyleyebiliriz (Tablo 71, $p<0,05$).

Tablo 71. Açlık-tokluğa dikkat edenlerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$).

	İl merkezi		İlçe merkezi		Kasaba, köy		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	789	96,3	107	94,7	158	88,3	1054	94,9
Hayır	30	3,7	6	5,3	21	11,7	57	5,1
Toplam	819	100,0	113	100,0	179	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.10.2. Saat Aralıkları

1111 kişiden 844 kişi (% 76) ilacı kullanırken saat aralıklarına dikkat ettiğini söylerken, 185 kişi (% 16,7) saat aralıklarına dikkat etmediğini söylemiştir. 82 kişi (% 7,4) bazen saat aralıklarına dikkat ettiğini söylemiştir (Tablo 67).

4.10.2.1. Saat Aralıklarına Dikkat Edenlerin Sosyal Güvencelerine Göre Karşılaştırılması

Saat aralıklarına dikkat edenlerin sosyal güvencelerine göre karşılaştırılması incelendiğinde; sosyal güvencesi olmayanların % 80,8'i, sosyal güvencesi olanların % 83,8'i ilacı kullanırken saat aralıklarına dikkat ettiğini söylemiştir. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 72, $p>0,05$).

Tablo 72. Saat aralıklarına dikkat edenlerin sosyal güvencelerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).

	Sosyal Güvence Varlığı				Toplam	
	Yok		Var			
	n	%	n	%	n	%
Evet	139	80,8	787	83,8	926	83,3
Hayır	33	19,2	152	16,2	185	16,7
Toplam	172	100,0	939	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.10.2.2. Saat Aralıklarına Dikkat Edenlerin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Saat aralıklarına dikkat edenlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması sorgulandığında; okur yazar olmayanların % 78,5'i, okur yazarların % 87,5'i, ilkokul mezunlarının % 80,9'u, ortaokul mezunlarının % 89,5'i, lise mezunlarının % 82,9'u, üniversite mezunlarının % 87,6'sı ilaç kullanırken saat aralıklarına dikkat ettiğini söylemişlerdir. Eğitim düzeyi ile ilaçların saat aralıklarına dikkat edilmesi arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 73, $p>0,05$).

Tablo 73. Saat aralıklarına dikkat edenlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$)

	Okur yazar olmayan		Okur yazar		İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	73	78,5	21	87,5	326	80,9	94	89,5	242	82,9	170	87,6	926	83,3
Hayır	20	21,5	3	12,5	77	19,1	11	10,5	50	17,1	24	12,4	185	16,7
Toplam	93	100,0	24	100,0	403	100,0	105	100,0	292	100,0	194	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.10.2.3. Saat Aralıklarına Dikkat Edenlerin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

Saat aralıklarına dikkat edenlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılmasında; erkeklerin % 82,2'si, kadınların % 84'ü ilacı kullanırken saat aralıklarına dikkat ettiğini söylemiştir. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 74, $p>0,05$).

Tablo 74. Saat aralıklarına dikkat edenlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	333	82,2	593	84,0	926	83,3
Hayır	72	17,8	113	16,0	185	16,7
Toplam	405	100,0	706	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.10.2.4. Saat Aralıklarına Dikkat Edenlerin Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması

Saat aralıklarına dikkat edenlerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılmasına bakıldığında; il merkezinde oturanların % 83,3'ü, ilçe merkezinde oturanların % 85,8'i, kasaba ve köyde oturanların % 79,9'u saat aralıklarına dikkat ettiğini söylemiştir. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 75, $p>0,05$).

Tablo 75. Saat aralıklarına dikkat edenlerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$).

	İl merkezi		İlçe merkezi		Kasaba, köy		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	686	83,3	97	85,8	143	79,9	926	83,3
Hayır	133	16,2	16	14,2	36	20,1	185	16,7
Toplam	819	100,0	113	100,0	179	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.10.3. İlacın Dozu

1111 kişiden 1019 kişi (% 91,7) ilacın dozuna dikkat ettiğini söylerken, 77 kişi (% 6,9) ilacın dozuna dikkat etmediğini söylemiş, 15 kişi (% 1,4) ise bazen ilacı kullanırken dozuna baktığını söylemiştir (Tablo 67).

4.10.3.1. İlacın Dozuna Dikkat Edenlerin Sosyal Güvencelerine Göre Karşılaştırılması

İlacın dozuna dikkat edenlerin sosyal güvencelerine göre karşılaştırılmasına bakıldığında; sosyal güvencesi olmayanların % 88,4'ü, sosyal güvencesi olanların %

93,9'u ilacı kullanırken dozuna dikkat ettiğini söylemiştir. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 76, $p>0,05$).

Tablo 76. İlacın dozuna dikkat edenlerin sosyal güvencelerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi kullanıldı. $p>0,05$).

	Sosyal Güvence Varlığı				Toplam	
	Yok		Var			
	n	%	n	%	n	%
Evet	152	88,4	882	93,9	1034	93,1
Hayır	20	11,6	57	6,1	77	6,9
Toplam	172	100,0	939	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.10.3.2. İlacın Dozuna Dikkat Edenlerin Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

İlacın dozuna dikkat edenlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılmasında; okur yazar olmayanların % 79,6'sı, okur yazarların % 87,5'i, ilkokul mezunlarının % 93,3'ü, ortaokul mezunlarının % 97,1'i, lise mezunlarının % 94,5'i, üniversite mezunlarının % 95,4'ü ilaç kullanırken ilacın dozuna dikkat ettiğini söylemişlerdir. Eğitim düzeyi ile ilacın dozuna dikkat etme oranı arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (Tablo 77, $p<0,05$).

Tablo 77. İlacın dozuna dikkat edenlerin eğitim durumlarına göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,005$).

	Okur yazar olmayan		Okur yazar		İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	74	79,6	21	87,5	376	93,3	102	97,1	276	94,5	185	95,4	1034	93,1
Hayır	19	20,4	3	12,5	27	6,7	3	2,9	16	5,5	9	4,6	77	6,9
Toplam	93	100,0	24	100,0	403	100,0	105	100,0	292	100,0	194	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.10.3.3. İlacın Dozuna Dikkat Edenlerin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

İlacın dozuna dikkat edenlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılması incelendiğinde; erkeklerin % 93,6'sı, kadınların % 92,8'i ilacı kullanırken dozuna dikkat ettiğini söylemiştir. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 78, $p>0,05$).

Tablo 78. İlacın dozuna dikkat edenlerin cinsiyetlere göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi uygulandı, $p>0,05$).

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	379	93,6	655	92,8	1034	93,1
Hayır	26	6,4	51	7,2	77	6,9
Toplam	405	100,0	706	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.10.3.4. İlacın Dozuna Dikkat Edenlerin Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması

İlacın dozuna dikkat edenlerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması incelendiğinde; il merkezinde oturanların % 94,1'i, ilçe merkezinde oturanların % 93,8'i, kasaba ve köyde oturanların % 87,7'si ilacın dozuna dikkat ettiğini söylemiştir. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 79, $p>0,05$).

Tablo 79. İlacın dozuna dikkat edenlerin yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı, $p>0,05$)

	İl merkezi		İlçe merkezi		Kasaba, köy		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	771	94,1	106	93,8	157	87,7	1034	93,1
Hayır	48	5,9	7	6,2	22	12,3	77	6,9
Toplam	819	100,0	113	100,0	179	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.11. İlaç Kullanırken İstenmeyen Yan Etki Görüldüğünde Neler Yapılıyor?

İlacı kullanırken istenmeyen yan etki görüldüğünde; 1111 kişiden 195 kişi (% 17,6) ilacı bıraktığını, 451 kişi (% 40,6) doktora başvurduğunu, 32 kişi (% 2,9) ilacı kullanmaya devam ettiğini, 97 kişi (% 8,7) ilacı bırakıp, doktora başvurduğunu ifade etmiştir. 324 kişi (% 29,2) şu ana kadar ilaçların hiçbir yan etkisini görmediğini, 5 kişi (% 0,5'i) ilacın yan etkisi olduğunda eczacıya sorduğunu, 4 kişi (% 0,4'ü) yan etki gördüğünde prospektüse baktığını, 3 kişi (% 0,3'ü) ilacın yan etkisini evde kendine yöntemleriyle tedavi ettiğini söylemiştir (Tablo 80).

Tablo 80. İlaç kullanırken istenmeyen yan etki görüldüğünde neler yapılıyor?

	n	%
Doktora başvururum	451	40,6
Yan etki görmedim	324	29,2
İlacı bırakırım	195	17,6
İlacı bırakıp, doktora başvururum	97	8,7
İlacı kullanmaya devam ederim	32	2,9
Eczacıya sorarım	5	0,5
Prospektüse bakarım	4	0,4
Evde tedavi olurum	3	0,3
Toplam	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.11.1. İlaç Kullanırken İstenmeyen Yan Etki Görüldüğünde Yapılanların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması

İlaç kullanırken istenmeyen yan etki görüldüğünde yapılanların sosyal güvence durumuna göre karşılaştırılması sorgulandığında; sosyal güvencesi olmayanların % 28,6'sı ilacı bırakırım, sosyal güvencesi olanların % 24,1'i ilacı bırakırım demiştir, sosyal güvencesi olmayanların % 8,7'si ilacı bırakırım, doktora başvururum, sosyal güvencesi olanların %13'ü ilacı bırakırım, doktora başvururum demiştir. Sosyal güvencesi olanlarla olmayanlar arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 81, p>0,05)

Tablo 81. İstenmeyen yan etki görüldüğünde yapılanların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$) (Yan etki görmediğini söyleyen 324 kişi karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.)

	İlacı bırakırım		Doktora başvururum		Kullanmaya devam ederim		İlacı bırakırım doktora başvururum		Diğerleri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Yok	36	28,6	71	56,3	6	4,8	11	8,7	2	1,6	126	100,0
Var	159	24,1	380	57,5	26	3,9	86	13,0	10	1,5	661	100,0
Toplam	195	24,8	451	57,3	32	4,1	97	12,3	12	1,5	787	100,0

n (kişi sayısı)

4.11.2. İlaç Kullanırken İstenmeyen Yan Etki Görüldüğünde Yapılanların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

İlaç kullanırken istenmeyen yan etki görüldüğünde yapılanların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması yapıldığında; ilacı bırakırım diyenlerin % 19,4'ü erkek, % 27,9'u kadın olarak bulunmuştur. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 82, $p>0,05$) .

Tablo 82. İstenmeyen yan etki görüldüğünde yapılanların cinsiyetlere göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$) (Yan etki görmediğini söyleyen 324 kişi karşılaştırmaya dahil edilmemiştir.)

	İlacı bırakırım		Doktora başvururum		Kullanmaya devam ederim		İlacı bırakırım doktora başvururum		Diğerleri		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Erkek	56	19,4	184	63,7	9	3,1	36	12,5	4	1,4	289	100,0
Kadın	139	27,9	267	53,6	23	4,6	61	12,2	8	1,6	498	100,0
Toplam	195	24,8	451	57,3	32	4,1	97	12,3	12	1,5	787	100,0

n (kişi sayısı)

4.12. İlaçtan Yarar Görülmediğinde Neler Yapılıyor?

İlaçtan yarar görülmediğinde; 1111 kişinin 337'si (% 32,2) ilacı bıraktığını, 526 kişi (% 50,2) doktora başvurduğunu, 110 kişi (% 9,9) ilacı kullanmaya devam ettiğini, 72 kişi (% 6,5) ilacı bırakıp, doktora başvurduğunu söylemiştir. 63 kişi (% 5,7) şu ana kadar yarar görmedikleri ilaç olmadığını söylemişlerdir. 2 kişi (% 0,2) ilaçtan yarar görülmediğinde eczacıya sorduğunu belirtmiştir. 1 kişi (% 0,1) bitkisel tedavi uyguladığını söylemiştir (Tablo 83).

Tablo 83. İlaçtan yarar görülmediğinde neler yapılıyor?

	n	%
Doktora başvururum	526	50,2
İlacı bırakırım	337	32,2
İlacı kullanmaya devam ederim	110	9,9
İlacı bırakıp, doktora başvururum	72	6,5
Yarar görmediğim ilaç olmadı	63	5,7
Eczacıya sorarım	2	0,2
Bitkisel tedavi uygulamam	1	0,1
Toplam	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.13. İlaçları Kullanmadan Önce Son Kullanma Tarihine Bakılması

İlaçları kullanmadan önce son kullanma tarihlerine bakılıp bakılmadığını sorguladığımızda; 1111 kişiden 934'ü (% 84,1) son kullanma tarihine baktığını söylemiştir. 158 kişi (% 14,2) son kullanma tarihine bakmadığını söylerken, 19 kişi (% 1,7) bazen ilaçların son kullanma tarihlerine baktığını söylemişlerdir (Tablo 84).

Tablo 84. İlaçları kullanmadan önce son kullanma tarihine bakılması

	n	%
Evet	934	84,1
Hayır	158	14,2
Bazen	19	1,7
Toplam	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.13.1. İlaçların Son Kullanma Tarihlerine Bakanların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

İlaçların son kullanma tarihlerine bakanların eğitim durumlarına göre karşılaştırılmasına bakıldığında; okur yazar olmayanların %50,5'i, üniversite mezunlarının % 91,8'i son kullanma tarihlerine baktıklarını söylemişlerdir. Aralarında anlamlı farklılık bulunmuştur.(Tablo 85, p<0,05).

Tablo 85. İlaçların son kullanma tarihine bakanların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$)

	Okur yazar olmayan		Okur yazar		İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	47	50,5	17	70,8	354	87,8	95	90,5	262	89,7	178	91,8	953	85,8
Hayır	46	49,5	7	29,2	49	12,2	10	9,5	30	10,3	16	8,2	158	14,2
Toplam	93	100,0	24	100,0	403	100,0	105	100,0	292	100,0	194	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.13.2. İlaçların Son Kullanma Tarihlerine Bakanların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

İlaçların son kullanma tarihlerine bakanların cinsiyetlerine göre karşılaştırılmasında; erkeklerin % 85,2'si, kadınların % 86,1'i son kullanma tarihlerine baktıklarını söylemişlerdir. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 86, $p<0,05$).

Tablo 86. İlaçların son kullanma tarihine bakanların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması (Ki-Kare testi kullanıldı. $p>0,05$).

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	345	85,2	608	86,1	953	85,8
Hayır	60	14,8	98	13,9	158	14,2
Toplam	405	100,0	706	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.13.3. İlaçların Son Kullanma Tarihlerine Bakanların Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması

İlaçların son kullanma tarihlerine bakanların oturdukları yere göre karşılaştırılmasında ise; ilçe merkezinde oturanların % 88,5'i, kasaba ve köyde oturanların % 72,1'i ilaçların son kullanma tarihlerine baktıklarını söylemişlerdir. Aralarındaki fark anlamlı bulunmuştur (Tablo 87, $p<0,05$).

Tablo 87. İlaçların son kullanma tarihine bakanların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$)

	İl merkezi		İlçe merkezi		Kasaba, köy		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	724	88,4	100	88,5	129	72,1	953	85,8
Hayır	95	11,6	13	11,5	50	27,9	158	14,2
Toplam	819	100,0	113	100,0	179	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.14. İlaçların Evde Saklandığı Yerler

İlaçların evde nerede saklandığı konusu ise ; 1111 kişiden 258'i (% 23,2) oda sıcaklığında sakladığını, 258 kişi (% 23,2) ecza dolabında sakladığını, 501 kişi (% 45,1) buzdolabında, 98 kişi (% 8,8) yazın buzdolabı, kışın ecza dolabında, 52 kişi (% 4,7) üzerinde yazan dereceye göre, 4 kişi (% 0,4) serin ve karanlık bir yerde, 60 kişi (% 5,4) serin yerde, 4 kişi (% 0,4) karanlık yerde sakladığını söylerken, 1 kişi (% 0,1) evde ilaç saklamadığını söylemiştir (Tablo 88).

Tablo 88. İlaçların evde saklandığı yerler

	n	%
Buzdolabı	501	45,1
Oda sıcaklığında	258	23,2
Ecza dolabı	258	23,2
Yazın buzdolabı,kışın ecza dolabı	98	8,8
Serin yerde	60	5,4
Üzerinde yazan dereceye göre	52	4,7
Serin ve karanlık yerde	4	0,4
Karanlık yerde	4	0,4
Evde ilaç saklamam	1	0,1

n (kişi sayısı)/Toplam n sayısı 1111.

4.15. Evde Bulunsun Diye İlaç Yazdırma Durumu

Evde bulunsun diye ilaç yazdırılıp yazdırılmadığı sorgulandığında; 1111 kişiden 276'sı (% 24,8) evde bulunsun diye ilaç yazdırırken, 790 kişi (% 71,1) ilaç yazdırmadığını, 45 kişi (% 4,1) bazen evde bulunsun diye ilaç yazdığını söylemiştir (Tablo 89).

Tablo 89. Evde bulunsun diye ilaç yazdırma durumu

	n	%
Evet	276	24,8
Hayır	790	71,1
Bazen	45	4,1
Toplam	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.15.1. Evde Bulunsun Diye Yazdırılan İlaçlar

Evde bulunsun diye ilaç yazdıran 323 kişiden 305'i (% 94,4) ağrı kesici, ateş düşürücü ilaçları, 118 kişi (% 36,6) anti gribal ilaçları, 58 kişi (% 18,1) antibiyotikleri, 28 kişi (% 8,7) antitusif ilaçları, 20 kişi (% 6,2) ülser ilaçlarını, 8 kişi (% 2,5) gastrointestinal sistem ilaçlarını, 6 kişi (% 1,9) antihipertansif ilaçları, 3 kişi (% 0,9) antidiyabetik ilaçları, , 3 kişi (% 0,9) anti histaminik ilaçları, 1 kişi (% 0,3) antiepileptik ilaçları, 1 kişi (% 0,3) kalp ilaçlarını, 7 kişi (% 2,2) vitaminleri, 25 kişi (% 7,8) dermatolojik ilaçları, 11 kişi (% 1) kas gevşetici ilaçları, 1 kişi (% 0,1) romatizma ilaçlarını, 1 kişi (% 0,1) astım ilaçlarını, 1 kişi (% 0,1) kolesterol ilaçlarını, 1 kişi (% 0,1) kas gevşetici merhem yazdırdığını söylemiştir (Tablo 90).

Tablo 90. Evde bulunsun diye yazdırılan ilaçlar

	n	%
Ağrı kesiciler+Ateş düşürücüler	305	94,4
Antigribal ilaçlar	118	36,6
Antibiyotikler	58	18,1
Antitusifler	28	8,7
Dermatolojik ilaçlar	25	7,8
Ülser ilaçları	20	6,2
Kas gevşeticiler	11	1
GİS ilaçları	8	2,5
Vitaminler	7	2,2
Antihipertansifler	6	1,9
Antidiyabetikler	3	0,9
Antihistaminikler	3	0,9
Antiepileptikler	1	0,3
KVS ilaçları	1	0,3
Romatizma ilaçları	1	0,1
Astım ilaçları	1	0,1
Kolesterol ilaçları	1	0,1
Kas gevşetici merhem	1	0,1

n (kişi sayısı)/Toplam n sayısı 323.

4.15.2. Evde Bulunsun Diye İlaç Yazdıranların Sosyal Güvence Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Evde bulunsun diye ilaç yazdıranların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılmasında ise; sosyal güvencesi olmayanların % 23,3'ü, sosyal güvencesi olanların 29,9'u evde bulunsun diye ilaç yazdığını söylemiştir. Aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 91, $p>0,05$)

Tablo 91. Evde bulunsun diye ilaç yazdıranların sosyal güvence durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi kullanıldı. $p>0,05$)

	Sosyal Güvence Varlığı				Toplam	
	Yok		Var			
	n	%	n	%	n	%
Evet	40	23,3	281	29,9	321	28,9
Hayır	132	76,7	658	70,1	790	71,1
Toplam	172	100,0	939	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.15.3. Evde Bulunsun Diye İlaç Yazdıranların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Evde bulunsun diye ilaç yazdıranların eğitim durumlarına göre karşılaştırılmasına bakıldığında; okur yazar olmayanların % 21,5'i, okur yazarların % 33,3'ü, ilkokul mezunlarının % 30,0'u, ortaokul mezunlarının % 27,6'sı, lise mezunlarının % 29,1'i, üniversite mezunlarının % 29,9'u evde bulunsun diye ilaç yazdığını söylemiştir. Aralarında anlamlı farklılık görülmemiştir (Tablo 92, $p>0,05$)

Tablo 92. Evde bulunsun diye ilaç yazdıranların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$)

	Okur yazar olmayan		Okur yazar		İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	20	21,5	8	33,3	121	30,0	29	27,6	85	29,1	58	29,9	321	28,9
Hayır	73	78,5	16	66,7	282	70,0	76	72,4	207	70,9	136	70,1	790	71,1
Toplam	93	100,0	24	100,0	403	100,0	105	100,0	292	100,0	194	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.15.4. Evde Bulunsun Diye İlaç Yazdıranların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

Evde bulunsun diye ilaç yazdıranların cinsiyetlerine göre karşılaştırılmasına bakıldığında; erkeklerin % 20,2'si, kadınların % 33,9'u evde bulunsun diye ilaç yazdırdığını söylemiştir. Kadınların erkeklere oranla daha fazla ilaç yazdırdığı bulunmuştur (Tablo 93, $p<0,05$).

Tablo 93. Evde bulunsun diye ilaç yazdıranların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi kullanıldı. $p<0,05$)

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	82	20,2	239	33,9	321	28,9
Hayır	323	79,8	467	66,1	790	71,1
Toplam	405	100,0	706	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.15.5. Evde Bulunsun Diye İlaç Yazdıranların Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması

Evde bulunsun diye ilaç yazdıranların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılmasında; il merkezinde oturanların % 28,6'sı, ilçe merkezinde oturanların % 33,6'sı, kasaba ve köyde oturanların % 27,4'ü evde bulunsun diye ilaç yazdırdığını söylemiştir. Aralarında anlamlı farklılık bulunamamıştır (Tablo 94, $p>0,05$).

Tablo 94. Evde bulunsun diye ilaç yazdıranların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p>0,05$)

	İl merkezi		İlçe merkezi		Kasaba, köy		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	234	28,6	38	33,6	49	27,4	321	28,9
Hayır	585	71,4	75	66,4	130	72,6	790	71,1
Toplam	819	100,0	113	100,0	179	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.16. Kullanılmayan İlaçların Durumu

Kullanılmayan ilaçların durumunu sorgulandığında; 1111 kişiden 544'ü (% 49) son kullanma tarihi geçen ilaçları çöpe attığını, 62 kişi (% 5,6) ihtiyacı olan birilerine verdiğini, 152 kişi (% 13,7) sağlık kuruluşuna verdiğini, 199 kişi (% 17,9) kullanılmayan ilaçlarını evde sakladığını belirtmişlerdir. 317 kişi (% 28,5) ise evde kullanılmayan ilaç bulundurmadığını söylemiştir. 1 kişi (% 0,1) hayvan barınağına verdiğini söylerken, 1 kişi (% 0,1) yaktığını söylemiştir. 1 kişi (% 0,1) hayvanlara yedirdiğini söylemiştir (Tablo 95).

Tablo 95. Kullanılmayan ilaçların durumu

	n	%
Son kullanma tarihi geçmişse çöpe atarım	544	49
Evde ilaç bulundurmam	317	28,5
Evde saklarım	199	17,9
Sağlık kuruluşuna veririm	152	13,7
İhtiyacı olan birilerine veririm	62	5,6
Hayvan barınağına veririm	1	0,1
Yakarım	1	0,1
Hayvanlara yediririm	1	0,1

n (kişi sayısı)

4.17. Evde Bitkisel Tedavi Uygulanması

Evde bitkisel tedavi uygulanıp uygulanmadığını sorgulandığında; 1111 kişiden 497'si (% 44,7) evde bitkisel tedavi uyguladığını söylerken, 562 kişi (% 50,6) evde bitkisel tedavi uygulamadığını söylemiştir. 52 kişi (% 4,7) bitkisel tedaviyi bazen uyguladığını ifade etmiştir (Tablo 96).

Tablo 96. Evde bitkisel tedavi uygulanması

	n	%
Evet	497	44,7
Hayır	562	50,6
Bazen	52	4,7
Toplam	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.17.1. Bitkisel Tedavi Uygulanan Hastalıklar

Bitkisel tedavi uygulanan hastalıklar Tablo 97’de gösterilmiştir.

Tablo 97. Evde bitkisel tedavi uygulanan hastalıklar.

	n	%
ÜSYE	413	37,2
Karın ağrısı	66	5,9
İYE	21	1,9
Peptik ülser	20	1,8
Bronşit	18	1,6
Baş ağrısı	16	1,4
Diabet	12	1,1
Mide bulantısı	12	1,1
Kabızlık	12	1,1
Astım	9	0,8
Dismenore	9	0,8
İshal	8	0,7
Depresyon	8	0,7
Anksiyete bozukluğu	7	0,6
Hipertansiyon	7	0,6
Kolesterol	7	0,6
Kalp-damar hastalığı	7	0,6
Sağlık için	6	0,5
Sinüzit	5	0,5
Romatizma	5	0,5
Enfeksiyonlar	5	0,5
Meme kanseri	5	0,5
Mantar enfeksiyonları	4	0,4
Böbrek hastalığı	4	0,4
Uykusuzluk	3	0,3
ASYE	3	0,3
Böbrek taşı	3	0,3
Myom	3	0,3
Egzema	2	0,2
Kanser	2	0,2
Osteoporoz	2	0,2
Hepatit	2	0,2
Barsak hastalığı	2	0,2
Kas ağrısı	2	0,2
Hemoroid	2	0,2
Gastrit	2	0,2
Ürtiker	1	0,1
Sedef hastalığı	1	0,1
Siroz	1	0,1
Fistül	1	0,1
Mesane kanseri	1	0,1
Karaciğer kisti	1	0,1
Safra kesesi hastalığı	1	0,1
Prostat	1	0,1
Kellik	1	0,1
Cinsel gücü artırmada	1	0,1
Beyin damar hastalığı	1	0,1
İnfertilite	1	0,1

4.17.2. Evde Bitkisel Tedavi Uygulayanların Eğitim Durumlarına Göre Karşılaştırılması

Evde bitkisel tedavi uygulayanların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması incelendiğinde; okur yazar olanların %25'i, üniversite mezunlarının % 55,7'si evde bitkisel tedavi uyguladıklarını söylemişlerdir. Evde bitkisel tedavi uygulamanın eğitim düzeyi ile ilgili olduğu belirlenmiştir (Tablo 98, $p<0,05$).

Tablo 98. Evde bitkisel tedavi uygulayanların eğitim durumlarına göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi kullanıldı. $p<0,05$)

	Okur yazar olmayan		Okur yazar		İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	36	38,7	6	25,0	184	45,7	54	51,4	161	55,1	108	55,7	549	49,4
Hayır	57	61,3	18	75,0	219	54,3	51	48,6	131	44,9	86	44,3	562	50,6
Toplam	93	100,0	24	100,0	403	100,0	105	100,0	292	100,0	194	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.17.3. Evde Bitkisel Tedavi Uygulayanların Cinsiyetlerine Göre Karşılaştırılması

Evde bitkisel tedavi uygulayanların cinsiyetlerine göre karşılaştırılmasına baktığımızda; erkeklerin % 47,7'si, kadınların % 50,4'ü evde bitkisel tedavi uyguladıklarını söylemişlerdir. Aralarında anlamlı bir farklılık görülmemiştir (Tablo 99, $p>0,05$).

Tablo 99. Evde bitkisel tedavi uygulayanların cinsiyetlerine göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi kullanıldı. $p>0,05$)

	Erkek		Kadın		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	193	47,7	356	50,4	549	49,4
Hayır	212	52,3	350	49,6	562	50,6
Toplam	405	100,0	706	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

4.17.4. Evde Bitkisel Tedavi Uygulayanların Yerleşim Yerlerine Göre Karşılaştırılması

Evde bitkisel tedavi uygulayanların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılmasına baktığımızda; il merkezinde oturanların % 49'u, ilçe merkezinde oturanların % 63,7'si, kasaba ve köyde oturanların % 42,5'i evde bitkisel tedavi uyguladıklarını söylemişlerdir (Tablo 100, $p<0,05$).

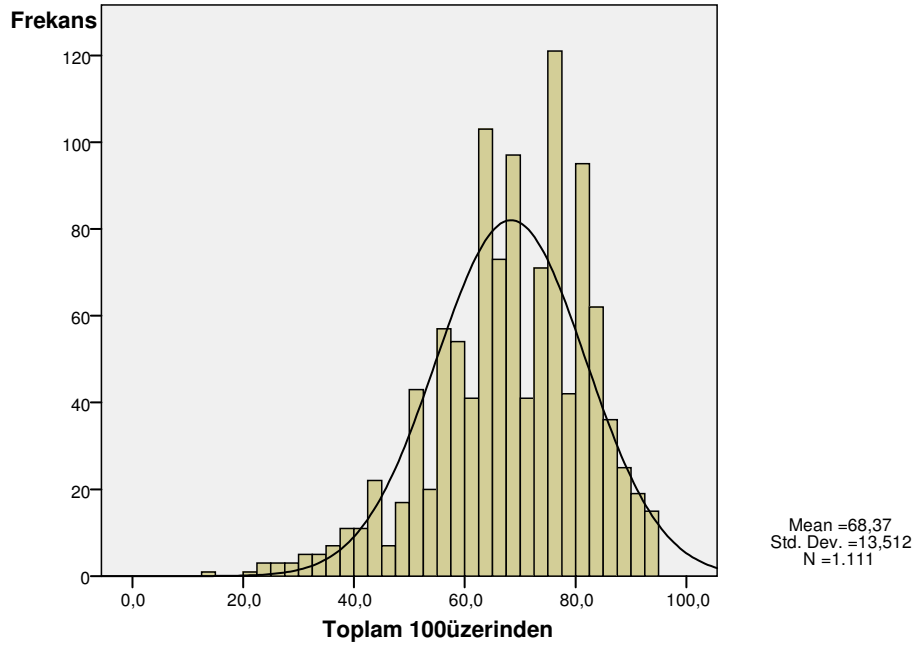
Tablo 100. Evde bitkisel tedavi uygulayanların yerleşim yerlerine göre karşılaştırılması. (Ki-Kare testi uygulandı. $p<0,05$)

	İl merkezi		İlçe merkezi		Kasaba, köy		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Evet	401	49,0	72	63,7	76	42,5	549	49,4
Hayır	418	51,0	41	36,3	103	57,5	562	50,6
Toplam	819	100,0	113	100,0	179	100,0	1111	100,0

n (kişi sayısı)

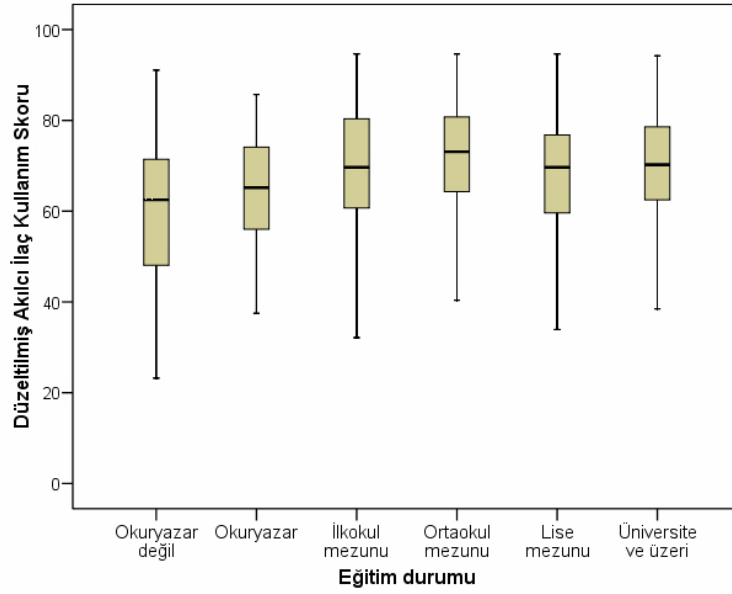
4.18. Akılcı İlaç Kullanım Skoru

Puan Dağılımı



Şekil 7. Akılcı ilaç kullanım skoru puanlarının 100 üzerinden dağılımı (T-Test uygulandı).

Adana ilindeki görüştüğümüz kişilerin akılcı ilaç kullanım skoru puan dağılımına baktığımızda; en düşük puan 12,5, en yüksek puan 94,6 bulunmuştur. Kişilerin ortalama puanları $68,366 \pm 13,5117$ bulunmuştur. Puan dağılımının en fazla olduğu yer 60-80 puan arası olduğunu görmekteyiz. En çok puan alanlar 74-76 puan arası bulunmuştur (Şekil 7).



Şekil 8. Akılcı ilaç kullanım skoru puanlarının 100 üzerinden eğitim durumlarına göre dağılımı (Tek yönlü varyans analizi yapıldı) Okur yazar olmayanlar ile ilkokul mezunu, ortaokul mezunu, lise mezunu, üniversite mezunlarının ortalama puanları arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Diğer grupların birbirleri ile arasında anlamlı farklılık bulunamadı ($p>0,05$). Bonferroni kullanıldı.

Eğitim durumlarına göre dağılımına baktığımızda, okur yazar olmayanların ortalama puanları $60,047 \pm 16,1920$, en düşük puan 12,5, en yüksek puan 91,1 bulunmuştur. Okur yazar olanların ortalama puanları $63,690 \pm 15,0125$, en düşük 26,9, en yüksek 85,7 bulunmuştur. İlkokul mezunlarının ortalama puanları $68,980 \pm 13,4431$ en düşük 21,2, en yüksek 94,6 bulunmuştur. Orta okul mezunlarının ortalama puanları $71,599 \pm 10,8732$ en düşük 40,4, en yüksek 94,6 bulunmuştur. Lise mezunlarının ortalama puanları $68,403 \pm 13,070$ en düşük 25, en yüksek 94,6 bulunmuştur. Üniversite

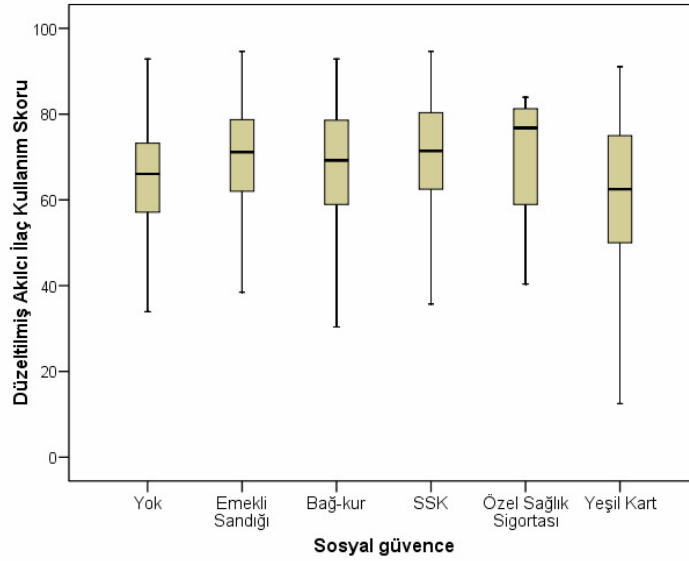
mezunlarının ortalama puanları $69,892 \pm 12,4951$, en düşük 35,7, en yüksek 94,2 bulunmuştur (Şekil 8).

Akılcı ilaç kullanım skoru puanlarının cinsiyete göre dağılımında; erkeklerin ortalaması $68,657 \pm 13,7$, kadınların ortalaması $68,2 \pm 13,36$ bulunmuştur. Aralarında anlamlı farklılık bulunmamıştır (Tablo 101).

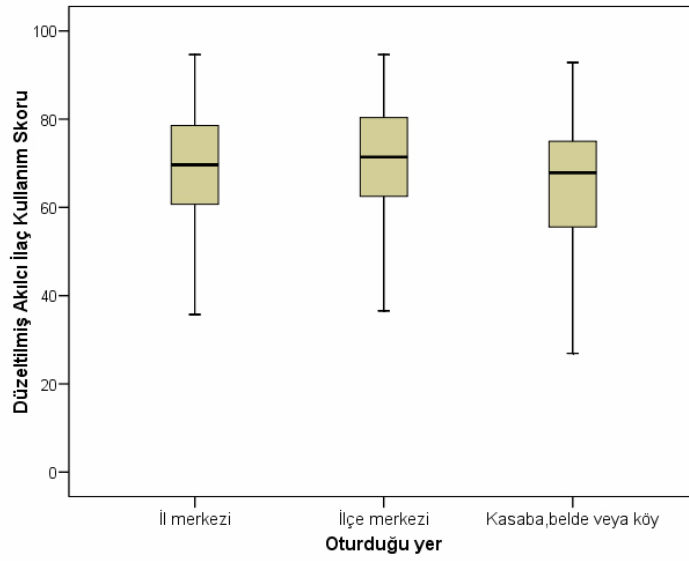
Tablo 101. Akılcı ilaç kullanım skoru puanlarının cinsiyete göre dağılımı. (T-test kullanıldı)

	Erkek	Kadın
Ortalama puan	$68,657 \pm 13,7$	$68,2 \pm 13,36$
Toplam(n)	403	706

n (kişi sayısı)



Şekil 9. Akılcı ilaç kullanım skoru puanlarının 100 üzerinden sosyal güvencelerine göre dağılımı
Tek yönlü varyans analizi yapıldı. Sosyal güvencesi olmayanlar ile Emekli Sandığı ve SSK'lılar arasında, SSK'lılar ile Yeşil kart'lılar arasında ortalama puan bakımından anlamlı farklılık görülmüştür ($p < 0,05$). Sidak kullanıldı.



Şekil 10. Akılcı ilaç kullanım skoru puanlarının 100 üzerinden oturdukları yere göre dağılımı
Tek yönlü varyans analizi yapıldı. İl merkezinde oturanlar ile kasaba, köyde oturanlar arasında ortalama puanları açısından anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$). Sidak kullanıldı.

Sosyal güvencesi olmayanların AKS puan ortalamaları $64,311 \pm 13,9244$ en düşük puan 21,2, en yüksek puan 92,9 bulunmuştur. Sosyal güvencesi olanlardan en yüksek ortalama puanı alanlar SSK'lılar olmuşlardır (Şekil 9).

İl merkezinde oturanların ortalama puanları $68,789 \pm 13,2163$, ilçe merkezinde oturanların ortalama puanları $70,126 \pm 14,3355$, kasaba ve köyde oturanların ortalama puanları $65,249 \pm 13,9767$ bulunmuştur (Şekil 10).

5.TARTIŞMA

Çalışmamız; Adana ilindeki insanların akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarını saptamaya yönelik bu bölgede yapılmış ilk çalışma olup daha sonraki yapılacak çalışmalara da zemin hazırlaması amaçlanarak yapılmıştır. İstatistiksel olarak Adana İli'nde ulaşmayı hedeflediğimiz kişi sayısı 1222 idi, toplamda ulaşmak istediğimiz kişi sayısının % 85'inden daha fazlası olan 1111 kişiye ulaştık.

Çalışmamızın araştırma evrenini Adana İli'ndeki Türk Telekom'dan aldığımız telefon numaraları oluşturmuştur. Örneklem seçimimizi Adana İli'ndeki tüm sabit telefon numaraları arasından orantılı dağıtım yaklaşımına göre seçtik. Telefon ile görüştüğümüz kişiler ile görüşme öncesi herhangi bir temasımız olmamıştır.

Türkiye'de "telefon ile görüşme" yöntemiyle yapılmış başka çalışmalar da mevcuttur^{76,77}.

Çalışmamızın yürütülmesinin en zor yönlerinden birisi; kişilerle öncesinden temasımız olmadığı için, kendimizi tanıtmak, çalışmamız hakkında bilgi verme ve çalışmaya katılmalarına ilişkin rızalarının alınmasıydı. Ülkemizde ve Adana'da kişiler telefon ile yapılan saha çalışmalarına alışkın olmadıklarından dolayı kendimizi, çalışmamızı tanıtmak ve rızalarını alma aşamalarında zorlandık. Telefon görüşmeleri Ocak 2009'da başlayıp, Haziran 2009'da sona ermiştir. 1111 kişiye ulaşabilmek için 3091 telefon görüşmesi yapılmıştır. Evde olmayıp cevap vermeyen telefon numaraları farklı zamanlarda üç defa arandıktan sonra yeterli sayıda arandı, ulaşılamadı denilip, bir üst numaraya geçilmiştir. Kapalı ve yok olan telefon sayısı 1150 bulunmuştur, bu da kişilere ulaşmamızı zorlaştırmış, zamanın uzamasına neden olmuştur.

Tüm görüşmelerimize ilişkin süre ve bu görüşmelerin maliyeti hesaplandığında "kişilere evlerinde veya işyerlerinde ulaşma" ile kıyaslanamayacak ölçüde zaman ve maliyet kazancımız olmuştur. İnsanlara telefon ile ulaşmak onlara evlerinde, ya da çalışma ortamlarında ulaşmaktan daha az zahmetli ve daha az maliyetlidir. Çalışmalar göstermektedir ki; kişilerden telefon görüşmesiyle alınan veriler yüz yüze görüşmelerle alınanlar kadar anlamlıdır⁷⁸.

Adana İli'nde görüşülen 1111 kişinin cinsiyetlerine göre dağılımı incelendiğinde; erkeklerin oranı % 36,5 ve kadınların oranı % 63,5 bulunmuştur.

Çalışmaya katılanlar arasında cinsiyet açısından farklılık bulunmaktadır. Kadın ve erkek arasındaki bu fark hafta içi görüşme saatlerinin, hafta sonu görüşme saatlerine oranla daha fazla olması ve hafta sonu, akşamüstü aramalarda da telefonu ilk açan kişilerin genellikle kadın olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Görüşülen kişilerin yaş gruplarına göre dağılımına bakıldığında; en fazla olan grubun % 13,2 ile 25 yaş altı kişiler, en az olan grup ise % 5,2 ile 60-64 yaş grubu kişiler olduğu bulunmuştur. Yücel Uysal'ın çalışmasında 25 yaş altı grup %18,5 ile en büyük grup bulunmuştur, bizim çalışmamız ile uyumlu bulunmuştur⁷⁶.

Çalışmamıza katılan kişilerin yaş ortalamaları; erkeklerin yaş ortalaması $41,67 \pm 15,8$, kadınların yaş ortalaması $42,71 \pm 14,1$ bulunmuştur. Çalışmamız genellikle genç ve orta yaşlı kişilerden oluşmaktadır. Özkan ve arkadaşlarının Ankara'da yaptıkları çalışmada yaş ortalaması $36,98 \pm 13,79$ bulunmuştur, Vançelik ve arkadaşlarının Erzurum'da yaptıkları çalışmada yaş ortalamasının $39,9 \pm 14,0$ olduğu belirlenmiştir^{16,79}.

Yaş gruplarını cinsiyetlere göre dağıtıldığında; her yaş grubunda kadınların daha fazla olduğu bulunmuştur, toplamda kadınlar erkeklere oranla daha fazla olduğundan her yaş grubunda da kadınlar daha fazla bulunmuştur. Cinsiyetlerine göre yaş grupları ise erkek ve kadınların yaş dağılımı arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.

Bu çalışmada okuryazar olmayanların oranı % 8,4 bulunmuştur, Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında % 1,4, Vançelik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada % 6,2 bulunmuştur^{16,79}. Eğitim durumları içerisinde en yüksek oran % 36,3 ile ilkokul mezunları bulunmuştur. İlkokul mezunu kişilerin % 73,7'si kadın bulunmuştur. Görüştüğümüz kişilerin büyük çoğunluğunu ev hanımları oluşturduğundan ev hanımlarının çoğunlukla ilkokul mezunu olduğunu söyleyebiliriz. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında büyük çoğunluk üniversite mezunu iken, Vançelik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada büyük çoğunluk ilkokul mezunu bulunmuştur^{16,79}.

Eğitim durumlarının cinsiyetlere göre dağılımında; okuryazar olmayanların % 91,4'ü kadın iken, % 8,6'sı erkek bulunmuştur. Cinsiyetlerine göre eğitim durumları karşılaştırdığında; erkeklerin % 2'si okuryazar değilken, kadınların % 12'si okuryazar olmadığını söylemiştir. Erkeklerin % 24,9'u üniversite mezunu olduğunu söylerken, kadınların % 13,2'si üniversite mezunu olduğunu söylemiştir. Çalışma grubumuzdaki erkeklerin, kadınlara oranla daha eğitilmiş olduğunu söyleyebiliriz.

Eğitim durumlarının yaş gruplarına göre dağılımında; üniversite mezunu kişilerin büyük çoğunluğunu 25 yaş altı kişiler, okuryazar olmayan grubun büyük çoğunluğunu da 64 yaş üstü kişiler oluşturmaktadır. Yaş arttıkça eğitim seviyesinin düştüğünü çalışmamızda görmekteyiz.

Çalışmamızdaki katılımcıların % 15,5'i sosyal güvencesi olmadığını söylemiştir. Sosyal güvencesi olanlardan ise % 43,3'ü SSK'lı olduğunu söylemiştir. Ankara'daki Özkan ve arkadaşları bir çalışmada sosyal güvencesi olmayanların oranı % 8,2 bulunmuştur, en fazla % 68,2 oranla Emekli Sandığı'na bağlı olduklarını söylemişlerdir¹⁶. Manisa'da yapılan çalışmada katılımcıların % 14,2'si sosyal güvencelerinin olmadıklarını söylemişlerdir⁸⁰.

Erkek katılımcıların % 28,6'sı serbest meslekte çalıştığını, % 22,5'i emekli olduğunu söylemişlerdir. Kadın katılımcıların ise % 76,4'ü ev hanımı, % 4,4'ü emekli olduğunu söylemişlerdir. Aradığımız saatler genellikle hafta içi gündüz vakitleri olduğundan; erkeklerden daha çok serbest meslekte olanları iş yerlerinde, emekli olanları ise evlerinde bulup görüşülmüştür. Kadınlar ise hafta içi gündüz evde bulunanlar daha çok ev hanımları olduğundan kadınların büyük çoğunluğu ev hanımı bulunmuştur.

Görüşülen kişilerin büyük bir çoğunluğu % 73,7'si il merkezinde oturanlar olmuştur. Erzurum'da yapılan çalışmada % 54'ü il merkezinde oturduğunu söylemiştir⁷⁹. Bizim çalışmamızda il merkezinin yüksek çıkma nedeni; çalışma grubunu hesaplarken % 51,0 Seyhan, % 29,5'i Yüreğir, % 19,3'ü Adana'nın diğer illerinden olmak üzere hesaplanmıştır. İl merkezine bağlı köylerde olduğundan toplamda % 80,5 olması gereken oran % 73,7'ye düşmüştür.

Katılımcıların % 47,6'sı hastalandıklarında ilk olarak Sağlık ocağına başvurduklarını söylemişlerdir. Sevk zincirine uyulması açısından ilk olarak sağlık ocağını tercih edenlerin yüksek çıkması akılcı bir yaklaşımdır. Taşdelen'de yapılan bir çalışmada kişilerin % 39,7'si ilk olarak sağlık ocağını tercih ettiğini söylemiştir⁸¹. Çalışmamızla uyumlu bulunmuştur. Bu çalışmada önemli olan bir nokta da ilk başvuru yeri olarak eczaneyi tercih edenlerin düşük % 1,7 çıkmasıdır. Eczaneye başvuranların oranı bulunmuştur. Doktora danışmadan ilk olarak eczaneden reçetesiz ilaç alınması akılcı olmayan bir yaklaşımdır. Ankara'daki Sait Yazıcı sağlık ocağı

bölgesinde bir çalışmada kişilerin % 33,8'inin doktora danışmadan eczaneden reçetesiz ilaç kullandıkları belirtilmiştir⁸².

Çalışmamızda; eczaneye başvuranların daha çok sosyal güvencesi olmayanlar olduğunu görmekteyiz. Sosyal güvencesi olmayanların daha çok doktora danışmadan eczaneye başvurdıklarını görmekteyiz, bu da ilaçlarını almak için resmi reçeteye gereksinimi olmayan bir grupta beklenen bir sonuçtur. Ankara'da Yunus Emre sağlık ocağı bölgesinde yapılan bir çalışmada sağlık güvencesi olma durumu ile ilaçları reçeteli kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ve sağlık güvencesi olanların ağrıkesicileri daha çok reçeteli kullandığı saptanmıştır⁸³. Eczaneye başvuranların arasında da eğitime göre önemli farklılık bulunmamaktadır. Üniversite mezunlarının % 1'i eczaneyi tercih ederken, okuryazar olmayanların % 2,2'si eczaneyi tercih ettiklerini söylemişlerdir. Kadın erkek arasında da hasta olduklarında başvurdıkları yerler arasında istatistiksel olarak farklılık bulunamamıştır.

İlk olarak eczaneyi tercih edenler arasında kişilerin yerleşim yerlerine göre farklılık bulunamamıştır. İl merkezinde oturanların % 1,8'i, kasaba, köyde oturanların % 1,7'si eczaneyi tercih etmişlerdir. İl merkezinde oturanların kasaba ve köyde oturanlara oranla özel sağlık merkezlerini daha çok tercih etmişlerdir, kasaba ve köyde oturanların kendilerine en yakın yer olan sağlık ocağını daha çok tercih ettiklerini görmekteyiz.

Katılımcıların % 51,9'u doktora danışmadan ilaç kullandıklarını, % 5,2'si ise bazen doktora danışmadan ilaç kullandıklarını söylemişlerdir. Toplamda % 57,2'si doktora danışmadan ilaç kullandıklarını söylemişlerdir. Isparta'da yapılan çalışmada % 42,9'u doktora danışmadan kullandıklarını söylemişlerdir⁸⁴. Özçelikay ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kişilerin % 90,2'si doktora gitmeden ilaç kullandığını söylemiştir⁸⁵. Iptes ve Khorshid'in araştırmasında öğrencilerin % 44,2'sinin reçetesiz olarak ilaç kullandıkları saptanmıştır⁸⁶. Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hastaların % 31,9'u hasta olduklarında doktora gitmeden eczaneden ilaç almışlardır¹⁶. Muğla'da yapılan çalışmada eczacı önerisi ile ilaç kullanma % 28,8, kendi başına ilaç kullanma % 61,6 bulunmuştur¹⁴.

Çalışmamızda doktora danışmadan ilaç kullanan kişilerin % 98,4'ü ağrı kesici ateş düşürücü ilaç, % 53,1'i anti gribal ilaç, % 34,3'ü antibiyotik kullandıklarını söylemişlerdir. Türkiye'de en çok kullanılan ilaçlar antibiyotikler, ağrı kesici ilaçlar,

anti romatizma ilaçlar, anti gribal ilaçlar bulunmuştur. Bizim çalışmamızda ağrı kesici ve anti gribal ilaçlar antibiyotiğe göre daha fazla bulunmuştur. Muğla’da yapılan çalışmada doktora danışmadan kullanılan ilaçlar, % 92,4 ile ağrı kesiciler, % 16,3 ile antibiyotikler bulunmuştur. Bizim çalışmamızı destekler nitelikte bulunmuştur¹⁴. Sait Yazıcı sağlık ocağı bölgesinde yapılan çalışmada analjezik ilaçlar % 83,1, antibiyotikler % 40,3 oranında kullanıldığı söylenmiştir⁸². Ankara’da yapılan bir çalışmada araştırmaya katılanların % 93,7’si ağrı kesici ilaçları doktora danışmadan kullandığını söylemiştir⁸³. Ankara üniversitesi öğrencilerinde yapılan çalışmada doktora başvurmadan kullanılan ilaçların % 63’ü ağrı kesiciler, % 12,5’i anti gribal ilaçlar, % 4,5’i antibiyotikler bulunmuştur⁸⁵. Tüm dünyada analjezik ilaçlar en sık kullanılan ilaçlar arasındadır. Çalışmamızda analjeziklerden sonra en sık uygunsuz kullanılan ilaç anti gribal ilaçlar ve antibiyotikler bulunmuştur. Türkiye’de 2008 verilerine göre en çok kullanılan ilaç antibiyotikler bulunmuştur⁶⁰. Vietnam’da yapılan bir çalışmada görüşülen halkın % 40-60’ı doktora danışmadan ilaç kullandıklarını söylemişlerdir⁸⁷. Finlandiya’da 6500 kişiyle yapılan çalışmada katılımcılardan haftada birkaç kez ya da günlük reçete edilen analjezikleri kullananlar % 8,7, reçetesiz (OTC) analjezikleri kullananlar % 8,8 bulunmuştur. Hem reçeteli hem reçetesiz kullananlar % 4,6 bulunmuştur⁸⁸. İlaç endüstrisi işverenler sendikasının 2403 kişiyle yaptığı çalışmada % 37,4’ü doktor tarafından önerilmediği sürece ilaç kullanmadığını ifade etmişlerdir⁸⁹.

Doktora danışmadan ilaç kullananlardan sosyal güvencesi olanlarla, olmayanlar arasında önemli fark bulunamamıştır. Sosyal güvencesi olmayanların % 64’ü, sosyal güvencesi olanların % 55,9’u doktora danışmadan ilaç kullandığını söylemiştir. Üniversite mezunlarının % 62,4’ü, okuryazar olmayanların % 51,6’sı doktora danışmadan ilaç kullandığını söylemişlerdir. Eğitim durumu arttıkça doktora danışmadan ilaç kullanma oranının arttığını görmekteyiz. Erkek ve kadınlar arasında doktora danışmadan ilaç kullanma arasında önemli fark bulunamamıştır. İl merkezinde oturanların % 60,8’i, kasaba ve köyde oturanların % 49,2’si doktora danışmadan ilaç kullandıklarını söylemişlerdir. İl merkezinde oturanların, kasaba ve köyde oturanlara göre ilaçlara ulaşmaları daha kolay olduğundan oran yüksek olmuş olabilir. İl merkezinde oturanların % 1,8’i, kasaba, köyde oturanların % 1,7’si eczaneyi tercih etmişlerdir. Eczaneyi tercih etmeleri arasında fark olmadığından, il merkezinde oturanların ilaçları tavsiye ile daha fazla oranda kullandıklarını söyleyebiliriz.

Görüşülen kişilerin % 8'i akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullandıklarını söylemişlerdir. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında görüşülen kişilerin % 25,6'sı tavsiye ile ilaç kullandıklarını söylemişlerdir¹⁶. Bizim çalışmamıza göre yüksek çıkmıştır. Tavsiye ile ilaç kullandıklarını söyleyen kişilerin % 94,3'ü ağrı kesici ateş düşürücü ilaçları, % 50'si anti gribal ilaçları, % 29,5'i antibiyotikleri kullandıklarını söylemişlerdir. Doktora danışmadan kullanılan ilaçlar gibi, tavsiye ile kullanılan ilaçlarda da ağrı kesiciler, anti gribal ilaçlar, antibiyotikler yine ilk sırayı almışlardır.

Sosyal güvencesi olanlar ile olmayanlar arasında tavsiye ile ilaç kullanma açısından fark görülmemektedir. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında sosyal güvencesi olmayanların sosyal güvencesi olanlara oranla istatistiksel olarak ilaç tavsiye etme daha yüksek bulunmuştur¹⁶. İlaç tavsiye etmenin eğitim ile ilişkili olmadığı bizim çalışmamızda bulunmuştur. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında okuryazar olmayanların, lise ve üzeri mezunlara göre tavsiye ile ilaç kullanma oranı yüksek bulunmuştur¹⁶. Vançelik ve arkadaşlarının çalışmasında ise bizim çalışmamızla uyumlu olarak eğitim durumu ile tavsiye ile ilaç kullanma arasında ilişki saptanmamıştır⁷⁹. Erkek ve kadınların tavsiye ile ilaç kullanma oranları arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır. Yerleşim yerlerine göre de anlamlı farklılık bulunamamıştır. İl merkezinde oturanların % 8,5'i, kasaba ve köyde oturanların % 7,8'i tavsiye ile ilaç kullandığını söylemiştir.

Görüştüğümüz 1111 kişiden 166'sı (% 15'i) akraba, arkadaş, komşularına ilaç tavsiye ettiklerini söylemişlerdir. İlaç tavsiye edenlerin oranı, tavsiye ile ilaç kullanma oranının neredeyse iki katı bulunmuştur. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında da ilaç tavsiye etme oranı tavsiye ile ilaç almaktan daha yüksek bulunmuştur¹⁶. Ankara ili merkez sağlık ocaklarında yapılan araştırmaya katılanların % 39,4'ü tavsiye ile ilaç kullandığını, % 12,3'ü de ilaç tavsiye ettiklerini belirtmişlerdir⁹⁰. Bizim çalışmamızdan farklı sonuç bulunmuştur. Bu sonuçlar insanların ilaç kullanımı konusunda birbirlerini anlamlı ölçüde etkilediklerini göstermektedir. Bu da "akılcı ilaç kullanımı" felsefesine ters düşmektedir. Tavsiye edilen ilaçlara bakıldığında; tavsiye ile kullanılan ilaçların sıralamasının aynı olduğunu görmekteyiz. İlk sıralamada ağrı kesici ilaçları daha sonra anti gribal ilaçlar ve antibiyotikleri sırasıyla görmekteyiz.

Sosyal güvencesi olanlar ile olmayanlar arasında ilaç tavsiye etmede bir farklılık bulunamamıştır. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında sosyal güvencesi olmayanlarda ilaç tavsiye etme anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur¹⁶. Okuryazar olmayanlara oranla lise mezunu kişilerin istatistiksel olarak anlamlı şekilde ilaç tavsiye etmenin daha yüksek olduğu görülmüştür. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamızın zıddı bir şekilde okuryazar olmayanların lise mezunlarına oranla daha fazla ilaç tavsiye ettiklerini görmekteyiz¹⁶. Kadın ve erkekler arasında İlaç tavsiye etmede anlamlı farklılık bulunmamaktadır. İl merkezinde oturanlar ile kasaba ve köyde oturanlar arasında ilaç tavsiye etme arasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Görüşülen kişilerin % 30,5'i grip soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora danışmadan antibiyotik kullandıklarını söylemişlerdir. Iptes ve Khorshid'in çalışmasında öğrencilerin % 18,4'ü doktora danışmadan antibiyotik kullandıklarını söylemişlerdir⁸⁶. Vietnam'da yapılan çalışmada 76 evde 96 farklı antibiyotiğe rastlanmıştır, antibiyotikler genellikle soğuk algınlığı ve diarede kullanılmak üzere evde bulundurulmaktadır⁸⁷. Büke ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada % 83,1'inin soğuk algınlığı durumlarında antibiyotik kullandıkları bulunmuştur⁹¹. Muğla'da yapılan çalışmada kişilerin % 16,3'ünün doktora gitmeden antibiyotik kullandıkları bulunmuştur¹⁴. Uygunsuz ilaç kullanımının en fazla olduğu ilaç grubu ağrı kesicilerden sonra antibiyotikler bulunmuştur. Antibiyotiklerin en çok uygunsuz kullanıldığı hastalıklar üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Üst solunum yolu enfeksiyonlarının % 75'i viral kaynaklıdır, antibiyotikler gereksizdir, semptomatik tedavi gereklidir⁹². Ülkemizde uygunsuz antibiyotik kullanımına bağlı mikroorganizmalarda antibiyotiklere karşı direnç gelişimi çok önemli bir problemdir. Problemin tam tanımlanmadığı ya da tanısı yanlış konulmuş hastada antibiyotik kullanımı hastanın tedavi edilememesine ve hastanın kullanılan antibiyotiğin yan etkisine maruz kalmasına neden olur. Yanlış ilaç kullanımının getireceği ekonomik yükün büyüklüğünden daha önemli tehlike dirençli mikroorganizmaların artmasıdır. Bu mikroorganizmalar antibiyotiklere dirençli enfeksiyon hastalıklarına neden olmaktadır. Ayrıca, yanlış ilaç kullanımının en önemli tehlikesi de ekolojik dengenin bozulmasıdır^{93,94}.

Sosyal güvencesi olmayanların, olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla doktora sormadan antibiyotik kullandıkları görülmüştür. Sosyal güvencenin olmaması nedeni ile sağlık kurumuna başvuramama kişilerin hasta oldukları zamanki

tutumlarını değiştirerek ilaçları bilinçsizce ve yanlış tüketmelerine neden olmuştur. Ankara’da üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmada ise sosyal güvencesi olanların doktora danışmadan antibiyotik kullanımı daha yüksek bulunmuřtur⁹⁰. Bu da öğrencilerin ilaçlara kolaylıkla ulaşabilmesinin ilaçların bilinçsiz ve yanlış tüketilmesine yol açtığı şeklinde yorumlanmıştır. Doktora danışmadan antibiyotik kullananların, cinsiyetlerine, eğitim durumlarına ve yerleşim yerlerine göre anlamlı farklılık bulunamamıştır. Erkeklerin de kadınların da bilinçsizce ilaç kullandığı görölmüştür. İl merkezinde oturanlar ile kasaba ve köyde oturanlar arasında da, bilinçsizce antibiyotik kullanma açısından fark görölmemiştir. İl merkezinde oturanların da kasaba da, köyde oturanların da ilaca kolaylıkla erişebildikleri görölmüştür. Kasaba, köyde oturanlar doktora ulaşamasa da ya ellerindeki ilaçları kullanmaktalar ya da komşudan aldıkları ilaçları kullanmakta olduklarını düşünmekteyiz. Uskun ve arkadaşlarının çalışmasında araştırmaya katılanların % 42,9’u doktora danışmadan ilaç kullandığını söylemiş ve ilaç kullanmadıklarını söyleyenlere oranla evleri sağlık ocağına uzak bulunmuřtur⁸⁴. Bizim alışmamızda eğitim durumu ile bilinçsiz antibiyotik kullanma arasında ilişki bulunamamıştır. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında öğrenim düzeyi arttıkça bilinçli ve akılcı ilaç kullanımının arttığı bulunmuřtur¹⁶.

Göröşölen kişilerin % 48’i doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bıraktıklarını söylemişlerdir. Antibiyotikleri bitirmeden bırakanların % 58,3’ü iyileştiği için bıraktığını söylemişlerdir. Sait Yazıcı sağlık ocağı bölgesindeki çalışmada göröşölen kişilerin % 67’si iyileştiği için bıraktıklarını söylemişlerdir⁸². Antibiyotik kullanılırken yapılan hatalardan bazıları enfeksiyon olmadan antibiyotik kullanımı, yanlış antibiyotik seçimi, dozun eksik ya da fazla olması, yetersiz ya da uzun süre antibiyotik kullanımı, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımıdır⁹³. Bizim alışmamızda görölen en büyük hata öngörölen sürede kullanılmayan antibiyotik kullanımıdır. Yılmaz ve arkadaşlarının çalışmalarında antibiyotikleri şikayetleri geçince bırakma oranı % 28,8 bulunmuřtur⁸⁰. Ankara’da üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmada öğrencilerin % 25,8’i tedavi tamamlanmadan hastalığın semptomları ortadan kalkınca ilaç kullanmayı bıraktıklarını söylemişlerdir⁸⁵. Antibiyotikleri bitirmeden bırakanların sosyal güvence durumlarına, eğitim durumlarına, cinsiyetlerine ve yerleşim yerlerine göre bir farklılık saptanamamıştır.

Görüştüğümüz kişilerin % 32,5'i doktordan verdiği ilaç hakkında bilgi istediğini söylemişlerdir. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında görüşülen kişilerin % 54'ü doktorundan ilaçlar hakkında bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir. Bu kişilerin % 30'u tedavi süresi, % 24'ü ise ilaçların yan etkileri hakkında bilgi almak istemişlerdir. Ankara il merkezi sağlık ocaklarında yapılan çalışmada ise hastaların % 91,1'i ilaçla ilgili uyarılar, % 88,1'i tedavi süresi, % 78,9'u ise ilaçların yan etkileri hakkında bilgi almak istediklerini söylemişlerdir⁹⁰. Bizim çalışmamızda bilgi isteyenlerin % 59,7'si ilacın yan etkileri hakkında, % 38,7'si ilacın etkisi hakkında, % 26,9'u ilacın kullanım şekli hakkında bilgi almak istediklerini söylemişlerdir. Erzurum'daki çalışmada da bizim çalışmamız ve diğer çalışmalarda olduğu gibi en çok ilacın etkisi ve yan etkisi ile tedavi süresi hakkında bilgi istenmiştir⁴¹. Bu hak tıbbi deontolojinin temel ilkelerinde ve hasta hakları mevzuatında yer almaktadır⁹⁵.

Doktordan bilgi isteyenleri eğitim durumlarına göre karşılaştırdığımızda; okur yazar olanların % 8,3'ü, üniversite mezunlarının % 40,2'si doktordan bilgi istediklerini belirtmişlerdir. Eğitim düzeyi arttıkça doktordan bilgi istemenin arttığını görmekteyiz. Sosyal güvence durumlarına, cinsiyetlerine ve yerleşim yerlerine göre karşılaştırdığımızda farklılık olmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların % 72,1'i kullandıkları ilacın prospektüslerini okuduklarını söylemişlerdir. Muğla'da yapılan çalışmada katılımcıların % 96,6'sı prospektüsü okuduklarını söylemişlerdir¹⁴. Bizim çalışmamıza göre farklı çıkmasının nedeni çalışmanın üniversitede yapılıyor olmasıdır. İptes ve arkadaşlarının çalışmasında öğrencilerin % 80,8'i ilaç kullanmadan önce prospektüsü okuduklarını söylemişlerdir⁸⁶. Çalışmamızla uyumlu bulunmuştur. Sosyal güvencesi olanların, olmayanlara oranla ilaçların prospektüslerini daha çok okudukları görülmüştür. Canbolat'ın yaptığı çalışmada farklı cinsiyetteki hastaların prospektüs okuma alışkanlığı sorgulandığında, erkeklerin % 42,6'sı "çoğunlukla" okuduğunu belirtirken. bayanlarda bu oran % 69,1 bulunmuştur²¹. Belirtilen sayısal farklılıklar istatistiksel olarak anlam ifade etmektedir. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamızla uyumlu olarak sosyal güvencesi olmayanların, olanlara oranla daha çok ilaç prospektüslerini okumadıkları görülmüştür. Eğitim düzeyi arttıkça kullanılan ilacın prospektüsünü okuma durumu da arttığı saptanmıştır. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer olarak eğitim düzeyi ile ilacın prospektüsünü okumanın arttığı gözlenmiştir¹⁶. Bizim

çalışmamızda, il merkezinde oturanların, kasaba ve köyde oturanlara oranla kullanılan ilacın prospektüslerini daha çok okudukları görülmüştür. İl merkezinde oturanların, kasaba ve köyde oturanlara göre daha bilinçli olduklarını düşünebiliriz.

Katılımcıların prospektüste en çok okudukları yerler; yan etkileri, ilacın etkisi, kullanım şekli olmuştur. Doktordan istenilen bilgilerle prospektüste okunan yerler benzer bulunmuştur.

Görüşüğümüz kişilerin % 89,6'sı ilacı doktorun önerdiği şekilde kullandıklarını söylemişlerdir. İlacı doktorun önerdiği şekilde kullandıklarını söyleyenlerin sosyal güvencelerine, eğitim durumlarına, cinsiyetlerine, yerleşim yerlerine göre karşılaştırmalarında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Görüşülen kişilerin % 94,9'u ilaç kullanırken açlık-tokluk durumuna dikkat ettiklerini söylemişlerdir. Eğitim durumlarına göre baktığımızda eğitilmiş kişilerin daha çok dikkat ettiklerini söyleyebiliriz. İl merkezinde oturanların kasaba ve köydekilere oranla daha çok dikkat ettikleri bulunmuştur. Erzurum'daki çalışmada görüşülen kişilerin % 85'i açlık-tokluğa dikkat ettiklerini söylemişlerdir⁴¹. Bizim çalışmamızda olduğu gibi erkek ve kadınlar arasında fark görülememiştir.

Görüşülen kişilerin % 83,3'ü ilaçları saatinde aldıklarını söylemişlerdir. Erzurum'da yapılan çalışmada katılımcıların % 65,5'i ilacı zamanında aldıklarını ifade etmişlerdir⁴¹.

Bizim çalışmamızda ki kişilerin % 93,1'i ilacın dozuna dikkat ettiklerini söylemişlerdir, eğitilmiş kişilerin ilaçların dozuna daha çok dikkat ettikleri bulunmuştur. Erzurum'daki çalışmada ki kişilerin % 65,4'ü ilacı önerilen dozda kullandıklarını söylemişlerdir ve cinsiyetlere göre fark olmadığı bulunmuştur⁴¹.

Çalışmamızdaki kişilerin % 40,6'sı ilacında yan etki gördüğünde doktora başvurduğunu söylemiştir. Muğla'daki çalışmada katılımcıların % 36,5'i yan etki gördüğünde ilacı bıraktıklarını belirtmişlerdir¹⁴. Manisa'daki çalışmada ise kişilerin % 54,2'si yan etki gördüğünde doktora başvurduklarını söylemişlerdir⁸⁰. Ankara'da Batıkent 2 no lu sağlık ocağı bölgesinde yapılan çalışmada katılımcıların % 43,7'si ilacın yan etkisi olduğunda doktora başvurduklarını söylemişlerdir⁹⁶. Bizim çalışmamızda ki sonuçlara benzer sonuçlar bulunmuştur. İlaçta yan etki görüldüğünde doktora başvurmak akılcı bir yaklaşımdır ve doğru olan davranış budur.

İlaçtan yarar görülmediğinde kişilerin % 50,2'si doktora başvurduğunu söylemiştir. Katılımcıların yarıdan fazlasının davranışının akılcı olduğunu söyleyebiliriz.

İlacı kullanmadan önce son kullanma tarihine bakanların oranı % 85,8 bulunmuştur. Bu oranın yüksek çıkması bizim için sevindirici bir durumdur, çünkü eczaneden bile ilacı alırken son kullanma tarihine bakmadan ilacın kullanılması yanlıştır, eczaneden alınan ilacın son kullanma tarihi geçmiş olabilir, ölümlere bile yol açabilmektedir. Ankara'da yapılan çalışmada katılımcıların % 88,4'ü ilaçların son kullanma tarihlerine baktıklarını söylemişlerdir¹². Bizim çalışmamıza benzer sonuç bulunmuştur. Erzurum'daki çalışmada erkeklerin % 49,6'sı, bayanların % 53'ü son kullanma tarihine dikkat ettiklerini söylemişlerdir⁴¹. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında erkeklerin % 33,8'inin, kadınların % 20,7'sinin ilaçların son kullanma tarihlerine dikkat etmedikleri görülmüştür¹⁶. Her iki çalışmada da kadınların erkeklerden daha fazla son kullanma tarihlerine baktıklarını görmekteyiz. Bizim çalışmamızda ise kadın ve erkek arasında anlamlı farklılık saptanamamıştır. Eğitim durumu arttıkça ilaçların son kullanma tarihlerine bakma oranının arttığını görmekteyiz. Özkan ve arkadaşlarının çalışmalarında da eğitim durumu arttıkça ilaçların son kullanma tarihlerine bakma oranının arttığını görmekteyiz. Erzurum'daki çalışmada da eğitim düzeyinin yükselmesi ile son kullanma tarihlerine bakma oranının arttığını görmekteyiz^{16,41}. Bu çalışmada da, il ve ilçe merkezinde oturanların kasaba ve köyde oturanlara oranla son kullanma tarihlerine daha çok baktıklarını görmekteyiz. Önceki sonuçlarda da il merkezinde oturanların kasaba ve köyde oturanlara oranla daha bilinçli olduklarını görmekteyiz.

Anket uyguladığımız kişilerin % 45,1'i ilaçları buzdolabında sakladıklarını söylemişlerdir. Ankara'daki çalışmada katılımcıların % 42,2'si ilaçlarını buzdolabında sakladıklarını belirtmişlerdir. % 23,2'si ise ecza dolabında ve oda sıcaklığında sakladıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların % 42,9'u ilaçları ecza dolabında veya özel bir çekmecedeki sakladıklarını¹². İEİS'nın yaptığı çalışmada % 64,5'i ilaçlarını buzdolabında sakladıklarını söylemişlerdir⁸⁹ Batıkent sağlık ocağında yapılan çalışmada bireylerin % 43,5'i ilaçlarını buzdolabında sakladıklarını belirtmişlerdir⁹⁶. İlaç türüne göre saklanma koşulları değişebilmekle birlikte genel olarak ilaçların üzerinde yazan

dereceye göre saklanması veya ısı koşullarına göre saklanması daha uygun olacağı söylenebilir.

Çalışmaya katılanların % 28,9'u evde bulunsun diye ilaç yazdırdıklarını söylemişlerdir. Kadınların erkeklere oranla daha fazla ilaç yazdırdıkları bulunmuştur. Buda çalışmamızdaki kadınların büyük bir kısmının ev hanımı olmasından ve ilaç yazdırmak için zamanları olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz. Ankara'daki çalışmada kişilerin % 43,6'sı ilaç yazdırmaya gittiklerini söylemişlerdir, ilaç yazdırmaya gidenlerin evlerinde artık ilaç bulunma yüzdesi yüksek çıkmıştır¹². Bu çalışmada doktora ilaç yazdırma taleplerinin yaklaşık dörtte birinin her an lazım olabilecek ağrı kesici ilaçlar olduğu gözlenmiştir. Evlerdeki atık ilaçların büyük kısmı bu tür ilaçlar olması olasıdır⁹⁴.

Evde bulunsun diye yazdırılan ilaçların % 94,4'i ağrı kesiciler, ateş düşürücüler olduğu belirtilmiştir. İkinci sırada soğuk algınlığı ilaçları bulunurken, üçüncü sırada antibiyotikler bulunmuştur. Bizim çalışmamızda reçetesiz olarak kullanılan ilaçların başında da ağrı kesiciler, soğuk algınlığı ilaçları ve antibiyotikler gelmektedir. Toplumumuzda en çok suistimal edilen ilaçlar bunlardır. Konya'daki evlerde fazla ilaçlar üzerine çalışmada evde bulunan ilk sırayı alan ilaçlar analjezik, antibiyotikler bulunmuştur²⁰. Eğitimli kişilerin evlerinde daha çok kullanılmayan ilaç olduğu tespit edilmiştir. Diğer çalışmalara baktığımızda, Uskun ve arkadaşlarının çalışmasında sağlık ocağına başvuru öncesinde % 76,2'sinin ağrı kesici ilaç kullandığı saptanmıştır⁸⁴. Yunus Emre sağlık ocağına başvuran kişilerin % 76,6'sı evlerinde sürekli ağrı kesici bulundurduğu belirlenmiştir⁸³.

Çalışmamızdaki kişilerin % 49'u son kullanma tarihi geçen ilaçları çöpe attıklarını söylemişlerdir. % 13,7'si hastane, eczane, sağlık ocağına verdiğini söylemiştir. Muğla'da yapılan çalışmada kişilerin % 56,8'i evde sakladığını, % 24'ü attığını, % 9,6'sı sağlık kuruluşuna verdiğini söylemiştir. Kullanılmayan ilaçların sağlık kuruluşuna verilmesi akılcı bir yaklaşım olarak düşünülmüştür¹⁴. Bu çalışmada sağlık kuruluşuna verme oranı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda ihtiyacı olan birilerine veririm diyenler % 5,6, Muğla'daki çalışmada ihtiyacı olan birilerine verme oranı % 9,6 daha yüksek bulunmuştur¹⁴. Ankara'da ki çalışmada katılımcıların % 61,3'ünün evlerinde atık ilaç bulunduğu belirtilmiştir¹². Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında evlerdeki atık ilaç bulunma düzeyi % 44,8 olarak bulunmuştur¹⁶. İEİS'nin yaptığı

çalışmada % 84,7'si kullandıkları ilaçların son kullanma tarihlerine baktıklarını söylemişlerdir, kadınlarda bakma oranı daha yüksek bulunmuştur⁸⁹. Antalya'da yapılan çalışmada evlerin % 80'inde atık ilaç bulunduğu saptanmıştır⁹⁷. Bu ilaçların sırasıyla analjezik, antibiyotik, vitaminler olduğu bulunmuştur. Samsun'da yapılan çalışmada evde bulunup kullanılmayan ilaç ortalaması 5,2 kutu bulunmuştur⁹⁸.

Evde bulunup kullanılan ilaçlar; ağrı kesiciler, antihipertansifler, antiülser ilaçlar bulunmuştur. Batıkent sağlık ocağında yapılan çalışmada bireylerin % 83,3'ü evlerinde kullanılmayan ilaç bulunduğunu söylemişlerdir⁹⁶. Ankara il merkezi sağlık ocağında yapılan çalışmada kişilerin % 56,2'si evlerinde şu anda artmış ve ya yedek olarak ilaç sakladıklarını söylemişlerdir⁹⁹. Evlerinde atık ilaç bulunanların oranının bu kadar yüksek çıkması bilinçsiz ilaç kullanıldığını göstermektedir. Evlerinde ilaç bulunan kişiler hastalandıklarında evlerinde olan ilacı kullanmaktalar ya da ihtiyacı olan birilerine vermektedirler.

İsviçre'de yapılan bir çalışmada 6 aylık sürede ilaca harcanan para 1,6 milyar euro bulunmuştur, reçete edilen ilaçlar toplam harcamanın % 77'sini oluştururken, toplam kullanılan ilaçların % 84'ünü reçeteli ilaçlar oluşturmaktadır. Kadınlarda en çok kullanılan ilaçlar, psikotropik ilaçlar, kortikosteroidler, analjezik ilaçlar bulunurken, erkeklerde en çok kullanılan ilaçlar antitrombotik ajanlar, antidiyabetikler ve lipid düşürücü ilaçlar bulunmuştur¹⁰⁰. Danimarka'da yapılan bir çalışmadaki kişilerin kendi kendilerine en sık ilaç kullandıkları hastalıklar; baş ağrısı, mide ağrısı, uykusuzluk ve sinirlilik bulunmuştur¹⁰¹.

Araştırmamızdaki kişilerin % 49,4'ü evde bitkisel tedavi uyguladıklarını söylemişlerdir. Evde bitkisel tedavi uygulanan hastalıkların başında % 37,2 ile ÜSYE gelmektedir. Diğer birçok hastalıkta da bitkisel tedavi uyguladıklarını söylemişlerdir (tablo 97). Eğitim düzeyi arttıkça evde bitkisel tedavi uygulamanın arttığını görmekteyiz. İlçe merkezinde oturanların kasaba ve köyde oturanlara oranla daha fazla bitkisel tedavi uyguladıkları bulunmuştur. Bunda şifalı bitkilere ve bitkisel ürünlere kolaylıkla ulaşabilmenin etkisi olduğu düşünülmüştür.

Manisa'da yapılan çalışmada öğrencilerin ağrı durumunda % 32,2'sinin bitkisel ilaçları alternatif tedavi yöntemi olarak kullandıklarını görmekteyiz⁸⁰. Araz ve arkadaşlarının çalışmasında kişilerin % 19'u alternatif tedavi yöntemlerinden bitkisel tedaviyi kullandıklarını söylemişlerdir¹⁰². Ülkemizde kanserli hastalarla yapılan

Çalışmalarda en çok kullanılan alternatif tedavi yöntemleri bitkisel tedavi ile dua okuma/dini uygulamalardır^{103,104}. Muğla’da yapılan çalışmada görüşülen kişilerin % 91,8’i aroma terapi uyguladıklarını sylemişlerdir¹⁴. Bizim çalışmamıza göre yüksek bir sonuç bulunmuştur. Bunun nedeni çevrenin bitkisel yönden zengin olması olabilir.

Araştırmaya katılan kişiler 100 üzerinden hesaplanan Akılcı İlaç Kullanım Skoru’ndan ortalama 68,3 puan almışlardır. En düşük alınan puan 12,5, en yüksek alınan puan ise 94,6 bulunmuştur. Adana İli için alınan ortalama puanlar 50 puanın üzerinde olduğundan kişilerin akılcı ilaç kullanım bilincinin yüksek olduğunu düşünebiliriz. Erkek ve kadınların aldıkları ortalama puan arasında fark görülmemektedir. Akılcı ilaç kullanımında erkek ve kadınların eşit puan aldıklarını görmekteyiz. Akılcı İlaç Kullanım Skoru puanlarında en yüksek puanı ilkokul ve üstü mezunlar, en yüksek ortalama puanı ise ortaokul mezunları almıştır. Eğitilmiş olan kişilerin AİKS puanının arttığını görmekteyiz. Sosyal güvencesi olanlarla, olmayanların arasında AİKS puanında anlamlı farklılık grlmemiştir. Kasaba ve kydekilere oranla il ve ilçe merkezindekilerin ortalama puanları daha yüksek bulunmuştur, ama anlamlı bir ykseklilik değildir.

Toplumun hasta olduklarındaki tutumları; sağlığı algılamaları, sağlık bilgi düzeyleri, eğitim durumları, gelir düzeyleri, sağlık kurumlarından beklentileri gibi birçok faktörden etkilenmektedir. Bu nedenle değişik bölgelerde farklı sonuçlar çıkmaktadır. Kişilerin ilaç kullanım tutum ve davranışlarının belirlenmesinde; ilaç yazma yetkisine sahip olan hekimlerin ilaç bilgisi, hastaya yaklaşımı, bilgilendirilmesi kadar, hastaların sosyodemografik özellikleri ve sosyal çevrelerinden etkilenimleri de rol oynamaktadır^{105,106}.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

- 1) Ülkemizde bu tür telefonla saha çalışmaları çok yaygın olmadığı için kişilerde çalışmaya katılım konusunda zorluklar yaşanmaktadır. Çalışmamızda görüşmeyi kabul etmeyenlerin oranı % 2,7 bulunmuştur.
- 2) Adana ilinde görüştüğümüz kişilerin % 63,5'i kadın bulunmuştur.
- 3) Görüştüğümüz kişilerden erkeklerin yaş ortalaması $41,67 \pm 15,8$, kadınların yaş ortalaması $42,71 \pm 14,1$ bulunmuştur.
- 4) Görüşülen kişiler en çok 25 yaş altı kişiler idi.
- 5) Çalışmaya katılanların büyük çoğunluğu ilkokul mezunu kişilerdir.
- 6) Görüşülen kişilerin % 15,5'inin sosyal güvencesi yoktu.
- 7) Ev hanımlarının oranı % 48,6 bulunmuştur.
- 8) Görüşülen kişilerin % 73,7'si il merkezinde oturan kişilerdir.
- 9) Görüşülen kişilerin % 48,8'i hastalandıklarında sağlık ocaklarını tercih etmişlerdir.
- 10) Çalışmaya katılanların % 57,2'si doktora danışmadan ilaç kullanmaktadırlar.
- 11) Doktora danışmadan ilaç kullandığını söyleyen kişilerin % 98,4'ü ağrı kesiciler, ateş düşürücüler kullandıklarını söylemişlerdir.
- 12) Katılımcıların % 8'i akraba, arkadaş, komşu tavsiyesiyle ilaç kullanmaktadırlar. Tavsiye ile ilaç kullananların % 94,3'ü ağrı kesiciler, ateş düşürücüler kullandıklarını söylemişlerdir.
- 13) Katılımcıların % 14,9'u akraba, arkadaş, komşularına ilaç tavsiye etmektedirler. En çok tavsiye edilen ilaç % 90,4 ile ağrı kesiciler, ateş düşürücüler bulunmuştur.
- 14) Eğitimli kişilerin daha çok ilaç tavsiye ettiklerini görmekteyiz.
- 15) Görüşülen kişilerin % 30,5'i grip soğuk algınlığı durumlarında doktora sormadan antibiyotik kullanmışlardır.
- 16) Görüşülen kişilerin % 47,9'u doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bırakmışlardır. Doktorun verdiği antibiyotikleri en çok iyileştikleri için bırakmışlardır.

- 17) % 32,5'i doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi istediklerini söylemişlerdir. En çok istenilen bilgi ilacın yan etkileri olmuştur.
- 18) Görüşülen kişilerin % 71,9'u kullanılan ilacın prospektüsünü okuduklarını söylemişlerdir.
- 19) Kişiler prospektüste en çok endikasyonları okumaktadırlar.
- 20) Katılımcıların % 94,9'u ilacı kullanırken açlık-tokluğa dikkat ederken, % 83,3'ü saat aralıklarına dikkat ediyor, % 93,1'i ilacın dozuna dikkat etmektedirler.
- 21) Görüşülen kişilerin % 40,6'sı ilacı kullanırken yan etki görüldüğünde doktora başvurdıklarını söylemişlerdir.
- 22) Görüşülen kişilerin % 50,2'si ilaçtan yarar görülmediğinde doktora başvurdıklarını söylemişlerdir.
- 23) Katılımcıların % 85,8'i ilaçların son kullanma tarihlerine baktıklarını söylemişlerdir.
- 24) Katılımcıların büyük çoğunluğu ilaçlarını buzdolabında sakladıklarını söylemişlerdir.
- 25) Katılımcıların % 28,9'u evde bulusun ilaç yazdığını söylemişlerdir. En çok yazdırılan ilaçlar % 94,4 ile ağrı kesiciler, ateş düşürücüler bulunmuştur.
- 26) Görüşülen kişilerin yarıya yakını ilaçların son kullanma tarihleri geçmişse çöpe attıklarını söylemişlerdir.
- 27) Görüşülen kişilerin % 49,4'ü evde bitkisel tedavi uyguladıklarını söylemişlerdir.
- 28) En çok ÜSYE'de bitkisel tedavi kullandıklarını söylemişlerdir.
- 29) Görüştüğümüz kişiler AİKS'ndan 100 üzerinden ortalama $68,366 \pm 13,5117$ puan almışlardır.

Öneriler kısmı aşağıdadır.

- 1) İlaç şirketlerinin promosyon çalışmaları sınırlandırılmalı ve bu konudaki harcamalar disiplin ve kontrol altına alınmalıdır.
- 2) İlaç kullanımını etkileyen faktörler çok ve birbiriyle ilgilidir. Kültürel ve sosyal inançlarda yerleşmiş bilginin, tutumların, altyapının ve ekonomik çıkarların şekillendirdiği karmaşık uygulamaları değiştirmek oldukça zordur. Farklı grupların ve farklı çevrelerin ihtiyaçlarına göre değişen bir stratejiler kombinasyonu gerekmektedir.

- 3) Akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırma politikaları geliştirilmelidir. Reçete yazanların reçete yazma özgürlüğü konusunda müdahaleler geliştirilmelidir. Kar marjı yüksek olan, yeni pazara çıkan ve pahalı olan ilaçları yazmaktan finansal çıkar sağlamaları engellenmelidir.
- 4) Akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırmak için hekimlere DSÖ'nün belirlediği ulusal olarak kabul edilmiş klinik rehberler ve temel ilaç listeleri geliştirilmiştir. Klinik rehberler geçerli klinik kanıtlara dayalı en maliyet etkili terapötik yaklaşımı göstermektedir. Klinik rehberlerin hekimler arasında kullanımı yaygınlaştırılmalıdır.
- 5) Çeşitli basılı materyaller akılcı reçete yazmanın ileri yaygınlaştırılması için kullanılabilir.
- 6) Ülkemizde yasal olarak çoğu ilaçlar reçetesiz olarak alınamamasına rağmen pratikte bu konuda sorunlar yaşanmaktadır, denetim mekanizmaları geliştirilip reçetesiz ilaç satışı belli ilaçlarla sınırlandırılmalıdır.
- 7) Hastaların istenmeyen ilaç etkileşimleri ve ilaç yan etkilerinden korunabilmeleri için reçetesiz ilaç kullanımının önüne geçilerek, insanların bu konuda bilgilendirilmeleri, hekim, eczacı, hemşire işbirliğiyle bu problem önlenmeye çalışılmalıdır.
- 8) Halkın akılcı olmayan ilaç kullanımını önlemek amacıyla medya aracılığıyla ya da afişlerle halkın ilaç kullanımı konusunda eğitilmesi sağlanmalıdır.
- 9) Tedavinin yarım kalması, çocukların ilaç zehirlenmeleri riski ve ilaç israfı açısından halka ilaç biriktirmenin yanlış bir uygulama olduğu halk eğitimleri ile bildirilmeli, atık ilaçları toplama kampanyaları geliştirilmelidir.
- 10) Akılcı ilaç kullanımı için sağlık mensuplarının eğitim kaliteleri artırılmalı ve bilgileri periyodik hizmet içi eğitim programları ile güncelleştirilmelidir.
- 11) Tüm dünyada kullanım oranı artmakta olan alternatif tedavi yöntemlerinden bitkisel tedavi hakkında halkın sağlık bakanlığı tarafından bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.
- 12) Toplumun doktora danışmadan ilaç kullanmaya yönelten eğitim eksikliği dışındaki edenler üzerinde araştırmalar yapılmalıdır.
- 13) Eğitimli eczacı ve eczacı asistanı eksikliği olan ülkelerde reçete ilaçları, resmi ehliyeti olmayan veya eğitimsiz ilaç satıcıları tarafından satılmaktadır. Onlara

temel hizmet içi eğitim sağlanmalıdır. İşlerini daha iyi yapmalarına ve hastalarla etkili iletişim kurmalarına yardımcı olabilir.

- 14) Halk eğitim programları uzun dönem ve sürdürülebilir olmalıdır. Kısa kampanyalar, özellikle medyayı kullanarak “farkında” olma durumunu artırmalarına rağmen bu kısa kampanyaların uzun dönemde davranış değişikliği oluşturması veya topluluğun bu konudaki gücünün ve bilgisinin artmasına katkıda bulunulmalıdır.
- 15) Gelişmekte olan ülkelerde yaygın olarak görülen reçete ilaçlarını kullanarak uygun olmayan kendi kendine tedavi insan sağlığı için tehlikeli olabilir. Antibiyotiklerle kendi kendine tedavi bir örnektir. Ayrıca ekonomik sonuçları vardır. Halk bu sorun hakkında eğitilmelidir.
- 16) Yazılı ve görsel basında eğitici haberler yapılmalı, halkı bilinçlendirmeye yönelik programlar hazırlanmalı, reklamlar yayınlanmalı dedi.
- 17) Satışı onaylanan tezgah üstü ilaçlar doğru, okunaklı ve tıba yabancı kişiler tarafından anlaşılabilir etiketler ve talimatlarla temin edilmelidir.
- 18) Ucuz ama doğru ilaç yazımı konusunda doktor adayları iyi eğitim almalı.

KAYNAKLAR

1. **Kayaalp O.** *Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji*. 12. baskı, Ankara: Pelikan Yayıncılık Ltd. Şti., sayfa 3, **2009**.
2. **Battal D.** Postmortem kan-vitröz sıvı etanol düzeylerinin saptanması ve adli tıpta önemi. Yüksek lisans tezi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, **2004**.
3. **Passmore PR, Kailis SG.** In pursuit of rational drug use and effective drug management: clinical and public health pharmacy viewpoint. *Asia Pac J Public Health*. **1994**;7(4): 236-241.
4. **Phillips DP, Breder CC.** *Annu. Rev. Public Health*, **2002**; 23: 135-150.
5. **Acar A, Yeğenoğlu S.** Akılcı ilaç kullanımı açısından farmakoeкономи ve hastane formülleri. Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi. **2005**; 34(3): 207-218.
6. **Hardon A, Brudon P, Reeler A.** Cenevre 1992, *Toplumda İlaç Kullanımı Nasıl Araştırılır ?* Ankara: Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, **2004**.
7. **Akılcı İlaç Kullanımının Alfabetesi.** T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü. **2001**
8. **Siddiqi S, Hamid S, Rafique G, Chaudry SA, Ali N, Shahab S, Sauerborn R.** Prescription practices of public and private health care providers in Attock District of Pakistan. *Internal Journal of Health Planning and Management*, **2002**; 17: 23-40.
9. **WHO / DAP:** Injection use and practices in Uganda. Geneva: DAP, **1994**.
10. **Özata M, Aslan Ş, Mete M.** Rasyonel ilaç kullanımının hasta güvenliğine etkileri:Hekimlerin rasyonel ilaç kullanımına etki eden faktörlerin belirlenmesi. www.sosyalbil.selcuk.edu.tr/sos_mak/articles/2008/20/MO-SA-MM.PDF. 3.12.**2009**.
11. **Akıcı A, Uğurlu MÜ, Gönüllü N, Oktay Ş, Kalaça S.** *Pratisyen Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi*. STED, **2002**;11, 253-257.
12. **Göğgeldi E, Uçar M, Açıkeli CH, Türker T, Hasde M, Ataç A.** Evlerde Atık İlaç Bulunma Sıklığı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. **2009**;8(2): 113-118.
13. **Top M, Tarcan M.** Türkiye İlaç Ekonomisi ve İlaç Harcamaları:1998-2003 Dönemi Değerlendirmesi. *Liberal Düşünce Dergisi*. **2004**;9(35):177-200.

14. **Baybek H, Bulut D, Çakır A.** Muğla Üniversitesi idari personelinin ilaç kullanma alışkanlıklarının belirlenmesi. *Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*; **2005**; 15, 53-67.
15. **Blekinsopp A, Brandley C.** Patient, Society and the increase in self medication. *British Medical Journal*. **1996**; 312: 629-632.
16. **Özkan S, Özbay OD, Aksakal FN, İlhan MN, Aycan S.** Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Hasta Olduklarındaki Tutumları ve İlaç Kullanım Alışkanlıkları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*; **2005**; 4(5), 223-37.
17. **Güngörmüş, Z.** Bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanımı ile sağlık sorumluluğu arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, **2001**.
18. **Öztek Z.** Temel sağlık hizmetleri. *Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yayını*; **1992**; 92(2), 88-95.
19. **Tuğlular İ.** Gereksiz ilaç kullanımı ve toplum sağlığı. *Çağdaş Hekim Dergisi*; **1987**; 2: 21-22.
20. **Bodur S, Güler S, Demireli O, Doğan N.** Konya'daki evlerde fazla ilaçlar üzerine bir çalışma. *İlaç ve tedavi dergisi*, **1996**; 9(10), 619-622.
21. **Canbolat F.** Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastalarda ilaç kullanım alışkanlıklarının ve reçete maliyetlerinin değerlendirilmesi. Yüksek lisans tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, **2007**.
22. **Le Grand A., Hogerzeil H.V., Haajier-Ruscamp FM.** Intervention research in rational use of drugs: a review. *Health Policy and Planning*; **1999**; 14(2), 89-102.
23. **Promoting rational drug use.** Trainer's guide. Accra, Ghana, 15-27 Kasım **1998**.
24. **Almarsdottir AB, Traulsen JM.** Rational use of medicines- an important issue in pharmaceutical policy. *Pharm World Sci*, **2005**; 27: 76-80.
25. **Katzung GB, Masters SB, Trevor AJ.** Basic and Clinical Pharmacology. Rational Prescribing and Prescription Writing. 11. edition, Mac GrawHill Medical, **2009**.
26. **Eşkazan E.** Akılcı İlaç Kullanımı. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Akılcı İlaç Kullanımı Sempozyumu*, İstanbul, **1999**; 9-20.
27. **Kayaalp O.** Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. Onikinci Baskı, Ankara, 1.cilt sf.143, Pelikan Yayıncılık Ltd. Şti, **2009**.
28. **Erden F, Göçmez S.** Kanıta Dayalı Tıp ve İlaç Seçimi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*. **2004**; 13(4); 134-136.

29. **De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA.** Reçete Yazma Rehberi. TC, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, **1994**.
30. **Guide to good prescribing.** A practical manual. *World Health Organisation Action Programme on Essential Drugs*. Geneva, **1994**.
31. **Reçete yazma rehberi.** T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara, **2003**.
32. **Akbulut H.** Konya il merkezinde bulunan sağlık kurumlarında üst solunum yolu enfeksiyonu teşhisi ile düzenlenen reçetelerin akılcı ilaç kullanımı yönünden değerlendirilmesi. Doktora tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya, **2008**.
33. **İskit AB.** Akılcı İlaç Kullanımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2006**; 15(7):4-5.
34. **Mollahaliloğlu S, Coşkun Ö, Tezcan S.** Ankara il merkezinde bulunan sağlık ocaklarında yazılan reçetelerin akılcı ilaç kullanımı açısından değerlendirilmesi. Erişim: (<http://www.dicle.edu.tr/%7Ehalks/m91.htm>) Erişim tarihi: 20.12.2008.
35. **Şule Oktay.** Akılcı İlaç Kullanımının Genel İlkeleri. *Türk Geriatri Dergisi*, **2006**; 9: 15-18.
36. **Akıcı A.** İlaç güvenliliği izlemi hakkında genel bilgiler, *İKU*, **2006**; 14, 8-10.
37. **Czeizel AE.** The role of Pharmacoepidemiology in Pharmacovigilance: Rational drug use in pregnancy. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, **1999**; 8:55-61.
38. **Last JM.** A Dictionary of Epidemiyoloji, 2nd ED. Oxford University Pres, New York, **1988**, 13-98.
39. **Suissa S.** Immortal time bias in observational studies of drug effects. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, **2007**; 16: 241-249.
40. **Kayaalp O.** Klinik farmakolojinin esasları ve temel düzenlemeler, genişletilmiş 4.baskı, Ankara, Pelikan yayıncılık ltd.şti., **2008**, sf. 288.
41. **Çalhkoğlu O.** Erzurum il merkezinde çalışan pratisyen hekimler ile 20 yaş ve üzeri kişilerin akılcı ilaç kullanım boyutları ve etkileyen faktörler. Uzmanlık tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum, **2006**.
42. **Ünal S.** Rasyonel Antibiyotik Kullanımı. *ANKEM Dergisi*, **2005**;19(2):180-181.
43. **Ulusal bir ilaç politikası nasıl geliştirilir?** Ulusal İlaç Politikaları Geliştirme Rehberi, **1988**. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzısıhha mektebi müdürlüğü, ikinci basım.

44. T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri, **2003**, sf 131.
45. **Straand J, Rokstad KS, Sandvik H.** Prescribing Systemic antibiotics in general practice a report from the more&romsdal prescription study. *Scand J Prim Health Care*, **1998**;16: 121-127.
46. **Salama TG, Amin A, Bruton SA, File TM, Milkovich G, Rodvold KA.** A clinician's guide to the appropriate and accurate use of antibiotics: the Council for Appropriate and Rational Antibiotic Therapy (CARAT) criteria. *The American Journal of Medicine*, **2005**; 118(7): 1-6.
47. **Akan H.** Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Türk Hematoloji Derneği. *ANKEM Derg* **2006**;20(1):65-67.
48. **Oğuz E, Kurçer Z, Sırmatel F, Kurçer MA, Tavşan Ö, Koçakoğlu Ş, Yengin E.** Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Yatan Hastalarda Antibiyotik Kullanımının Değerlendirilmesi. *Klinik Dergisi*, **2006**;19(2):46-48.
49. **Abacıoğlu N.** Akılcı (Rasyonel) İlaç Kullanımı. *Üniversite ve toplum dergisi*, **2005**; 5(4):1-6.
50. **Akıcı A.** Pratisyen hekimlerin akılcı ilaç tedavisi uygulamaya özendirilmesi. Uzmanlık tezi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji ABD, İstanbul, **2000**.
51. **Akoria OA, Isah AO.** Prescription writing in public and private hospitals in benin city Nigeria: The effects of an educational intervention. *Can J Clinical Pharmacology*, **2008**; 15(2): 295-305.
52. **Chareonkul C, Khun VL, Boonshuyar C.** Rational drug use in Cambodia: Study of three pilot health centers in kampong thom province. *Southeast Asian J Trop Med. Public Health*, **2002**; 33(2): 418-424.
53. **Kalyoncu Nİ, Yarış E.** Akılcı İlaç Kullanımında Hekim Sorumluluğu. *Toplum ve Hekim*, **2004**;19(5);359-363.
54. **Pigeot I, Ahrens W.** Establishment of a pharmacoepidemiological database in Germany: Methodological potential, scientific value and practical limitations. *Pharmacoepidemioloji and Drug Safety*, **2008**; 17: 215-223.
55. **Vançelik S, Çalıkoğlu O, Güraksın A, Beyhun E.** Pratisyen hekimlerin reçete yazımını şekillendiren faktörler ve akılcı ilaç kullanım kriterlerini önemseme durumları. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, **2006**; 26(2):65-75.
56. **Yarış F, Dikici MF.** Hastaların tedaviye uyumu ve iletişim. *Aile Hekimliği Dergisi*, **2008**; 13(2):40-43.
57. **Singh T, Natu MV.** Effecting attitudinal change towards rational drug use. *Indian Pediatrics*, **1995**; 32:43-46.

58. **Yorulmaz F.** Reçeteleme kusurları halk sağlığını olumsuz etkiliyor. *STED*, **2003**; 12(6): 218-221.
59. **Fresle DA, Wolfheim C.** Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Halk Eğitimi. Ankara Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Yayını, **2004**.
60. **İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası,** http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=225&menuk=12. Erişim tarihi **10/22/2009**.
61. **Acar A, Yeğenoğlu S.** Türkiye’de ilaçta patent. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, **2004**; 33(4) 269-285.
62. **Top M, Tarcan M.** Türkiye İlaç Ekonomisi ve İlaç Harcamaları:1998-2003 Dönemi Değerlendirmesi. *Liberal Düşünce Dergisi*. **2004**; 9(35):177-200.
63. Gayri safi yurtiçi hasıla 2.dönem: Nisan, Mayıs, Haziran 2009 <http://www.ubdt.com.tr/duyuruoku.php?id=202>. Erişim tarihi 6.11.2009.
64. OECD health data 2008. www.oecd.org/health/healthdata. Erişim tarihi:12.2008
65. **Ersöz F.** Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi. *İstatistikçiler Dergisi*. **2008**; 2:95-104.
66. **TEPAV** (Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı) Mali İzleme Raporu, Sağlık Harcamaları Sağlıklı mı? Şubat 2008. <http://www.tepav.org.tr/tur/index.php?type=event&cid=390&title=S>. Erişim tarihi: **12. 2009**
67. Sosyal güvenlik kurumlarının sağlık(ilac) harcamaları neden artıyor? <http://www.tipkurumu.org/files/34.doc>. Erişim tarihi: **12. 2009**
68. **Üçer AR.** Sağlıkta dönüşüm sürecinde sağlık harcamaları ve ilaç harcamaları. <http://www.tipkurumu.org/news.php?newsId=169>. Erişim tarihi: **12. 2009**.
69. **Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği.** Türkiye’de ilaç harcamaları . *Türkiye 2006 Yılı İlaç Harcamaları Değerlendirilmesi bilgilendirme notu*. <http://www.aifd.org.tr/Makale-Detay.aspx?ArticleId=340&type=M>, Erişim tarihi 19.10.2009.
70. **Odabaşı Y.** Anket Yöntemi. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Yayınları, no: 1081,**1999**.
71. **Aziz A.** Araştırma Yöntemleri-Teknikleri ve İletişim, Ankara, Turhan Kitabevi, **1994**.
72. **Baş T.** Anket Hazırlama Klavuzu. www.kaliteofisi.com. Erişim tarihi:10.12.2008.

73. **Türkiye İstatistik Kurumu.** <http://www.tuik.gov.tr/>. Erişim tarihi: 19.10.2009.
74. www.adana-bld.gov.tr. Erişim tarihi: 19.10.2009.
75. **Tababet ve şubabı sanatlarının tarzi icrasına dair kanun.** *Tıp Meslekleri Uygulamalarına Dair Yasa*. Kanun No:1219 Resmi Gazete:14.4.1928–863.
76. **Uysal Y.** Adana İli Seyhan İlçesi'nde Davranışsal Risk Faktörlerinin Belirlenmesi. Uzmanlık tezi. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana, **2007**.
77. **Bell RA, Kravitz RL, Wilkes MS.** Direct-to-consumer prescription drug advertising and the public. *JGIM*, **1999**; 14: 651-657.
78. **Smith W, Chey T, Jalaludin B, Salkeld G, Capon T.** Increasing response rates in telephone surveys: a randomized trial. *Journal of Public Health*. **1995**; 17: 33-38.
79. **Vançelik S, Çalıköğlü O, Güraksın A, Beyhun E.** Erzurum il merkezindeki erişkinlerin ilaç kullanım davranışları ve ilişkili faktörler. *Toplum Hekimliği Bülteni*, **2006**; 25(2): 33-38.
80. **Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F, Uçar S, Yüce T.** Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin ilaç kullanma durumlarının incelenmesi. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, **2008**; 3(8):69-83.
81. **Uzkul G, Çetiner G, Issa A, Demiröz Ö.** Taşdelen'de yaşayan erişkinlerin ilaç kullanma alışkanlıkları. <http://tip.marmara.edu.tr/masco/ozet.php?id=114>. Erişim tarihi: **17.01.2008**.
82. **Bilgili N, Karatay G.** Sait Yazıcı sağlık ocağı bölgesinde yaşayan bireylerin ilaç tüketimi ile ilgili bazı uygulamaların belirlenmesi. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2005**; 39-48.
83. **Önder E, Koçia O, Öztürk S, Sabuncu Z, Soyutemiz Ö, Altıntaş A.** Yunus Emre sağlık ocağı bölgesinde yaşayan 18 yaş ve üstü bireylerin ağrı kesici kullanımı ve bu konudaki bazı bilgileri. *Toplum Hekimliği Bülteni*, **2002**; 21(1).
84. **Uskun E, Uskun SB, Öztürk M, Kişioğlu AN.** Sağlık ocağına başvuru öncesi ilaç kullanımı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, **2004**; 13(12): 451-454.
85. **Özçelikay G, Asil E, Köse K.** Ankara üniversitesi öğrencilerinin doktora gitme ve doktora başvurmadan ilaç kullanma alışkanlıkları üzerinde bir çalışma. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, **1995**; 24(1):21-31.
86. **Iptes S, Khorshid L.** Üniversite öğrencilerinin ilaç kullanım durumlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2004**; 20(1): 97-106.
87. **Okumura J, Wakai S, Umenai T.** Drug utilisation and self-medication in rural communities in Vietnam. *Social Science & Medicine*, **2002**;54: 1875-1886.

88. **Turunen JHO, Mantyselka PT, Kumpusalo EA, Ahonen RS.** Frequent analgesic use at population level: Prevalence and patterns of use. *Pain*, **2005**;115: 374-381.
89. **İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası.** Ülkemizin ilaç kullanım davranışları belirlendi. <http://www.ieis.org.tr/asp-sayfalar/index.asp?sayfa=1500&menuk=10&haberId=790>. Erişim tarihi: 10/22/2009.
90. **Mollahaliloğlu S, Tezcan S.** Ankara il merkezinde bulunan sağlık ocaklarında çalışan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı açısından değerlendirilmesi, 8.ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. 23-28 Eylül **2002**, Diyarbakır, s.499-501.
91. **Büke C, Limoncu MH, Emertcan S, Ciceklioglu M, Tuncel M, Köse T, Eren S.** "Irrational use of antibiotics among university students. *Journal of Infection*, **2005**; 51(2): 135-139.
92. **Elçin Öİ.** Viral üst solunum yolu enfeksiyonları. *Toplum Hekimliği Bülteni*, **2002**;23(1).
93. **Kayaalp O.** Rasyonel tedavi yönünden Tıbbi Farmakoloji. Antibiyotikler ve diğer kemoterapötikler, 9.baskı. Hacettepe TAŞ-Ankara, **2000**; sf:175-416.
94. **Gökalp O.** Uygunsuz ilaç kullanımı. *Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2003**; 10(2): 17-20.
95. Hasta hakları yönetmeliği 15.madde. Resmi Gazete 1.8.1998, sayı 23420.
96. **Altıntaş H, Beyhun NE, Tezcan ME, Çelebi S, Ünal M, Turan O, Yücel O.** Batıkent-2 nolu sağlık ocağı bölgesindeki basın-iş 19 sitesinde yaşayan 15 yaş ve üstü bireylerin akılcı ilaç kullanımlarının saptanması. 8. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri. 23-25 Haziran **2003** Sivas, sf.63.
97. **Dönmez L, Yüzgöl N, Annaç C, Ödemiş Y, Özel F.** Antalya merkez 6 no'lu sağlık ocağı bölgesindeki hanelerde kullanılmayan ilaçların durumu. 8. Halk Sağlığı Günleri Bildiri Özetleri. 23-25 Haziran **2003** Sivas, sf.60.
98. **Sırrı BS, Aksöz E, Divrik S, Şennur D, Yüksel K, Yıldız P, Çelik S.** Samsun ili merkez hanelerinde ilaç kullanımının araştırılması. 19. Ulusal Farmakoloji Kongresi bildiri kitabı, **2007**, sf. 332.
99. **Mollahaliloğlu S, Tezcan S.** Ankara il merkezi sağlık ocaklarından hizmet alan hastaların akılcı ilaç kullanımı açısından değerlendirilmesi. 8.ulusal halk sağlığı kongresi bildiri kitabı. 23-28 Eylül **2002**, Diyarbakır, s.499-501.
100. **Wettermark B, Hammar N, MichaeFored C, Leimanis A, Otterblad P, Bergman U.** The new Swedish prescribed drug register –opportunities for pharmacoepidemiological research and experience from the first six months. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, **2007**; 16: 726-735.

101. **Holstein BE, Hansen EH, Andersen A, Due P.** Self rated health as predictor of medicine use in adolescence. *Pharmacoepidemioloji and Drug Safety*, **2008**; 17:186-192.
102. **Araz A, Harlak H, Meşe G.** Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2007**; 6(2): 112-122.
103. **Algier L, Hanoğlu Z, Özden G, Kara F.** The use of complementary and alternative (non-conventional) medicine in cancer patients in Turkey. *European Journal of Oncology Nursing*. **2005**; 9(2): 138-146.
104. **Aditya B, Debra LB, Larry JP, Brent AB, Timothy JM.** Efficacy of Complementary and Alternative Medicine Therapies in Relieving Cancer Pain: A Systematic Review. *Journal of Clinical Oncology*, **2006**; 24(34):5457-5464.
105. **Mackenbach JP, Roskam AJ, Menvielle G.** Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine*, **2008**; 358(23): 2468-2481.
106. **Weitoft GR, Prof MR, Ericsson Ö, Ljung R.** Education and drug use in Sweden-a nationwide register-based study. *Pharmacoepidemioloji and Drug Safety*, **2008**; 17: 1020-1028.

EKLER

EK-1

ANKET FORMU

SORU LİSTESİ

1: Merhaba, ben Dr. Neslihan Pınar. Ç.Ü.T.F. Farmakoloji bölümünden arıyorum. Adana’da yaşayanların ilaç kullanım alışkanlıklarıyla ilgili bir araştırma yapıyoruz. Eğer kabul ederseniz size ilaç kullanım alışkanlıklarınız hakkında birkaç soru sormak istiyorum. Bu ankete katılmak ister misiniz? Bize ulaşmak için, Farmakoloji Ana bilim dalından Prof Dr. Yusuf Karataş'a ait olan 338 68 10 numaralı telefonu kullanabilirsiniz.

Evet
Hayır

2: Ankete katılanın cinsiyeti:
Erkek
Kadın

3: Doğum tarihiniz nedir?

4: Eğitim durumunuz nedir?
Okuryazar değil
Okuryazar
İlkokul mezunu
Ortaokul mezunu
Lise mezunu
Üniversite ve üzeri

5: Ne iş yapıyorsunuz?
Avukat
Bankacı
Çiftçi
Doktor
Eczacı
Ev Hanımı
İşçi
İşsiz
Memur
Mimar
Muhasebeci

Mühendis
Öğrenci
Öğretmen
Sekreter
Serbest Meslek
Şoför
Tekniker
Diğer ise belirtiniz

6: Sosyal güvenceniz var mı?
Yok
Emekli sandığı
Bağ-kur
SSK
Özel sağlık sigortası
Yeşil Kart

7: Nerede oturuyorsunuz?
İl merkezi
İlçe merkezi
Kasaba, belde veya köy

8: Hastalandığınızda ilk başvurduğunuz yer neresi olur?
Aile sağlığı merkezi
Sağlık ocağı
Eczane
Özel sağlık merkezleri
Devlet hastanesi
Üniversite hastanesi
Diğer ise belirtiniz

9: Doktora danışmadan ilaç kullanır mısınız?
Evet
Hayır
Bazen

10: En çok hangi ilaçları doktora danışmadan kullanırsınız?
Ağrı kesici
Ateş düşürücü
Antibiyotik
Antigribal
Peptik ülser ilaçları (mide ilaçları, antiasid)
GİS ilaçları (antidiareik, laksatif, antiemetik)
Antihipertansif
Antidiyabetik
Antitusif

Antihistaminik
Antianemik
Antidepresan
Antineoplastik
Antiparaziter
Antifungal
Antiepileptik
OKS
Kortikosteroid
Osteoporoz ilaçları
Kalp ilaçları
Vitamin
Hormon preparatları
Dermatolojik preparatlar
Göz preparatları
Diğer

11: Akraba, arkadaş, komşuların tavsiyesiyle ilaç kullanır mısınız?
Evet
Hayır
Bazen

12: Bu şekilde en sık hangi ilaçları kullanır sınız?
Ağrı kesici
Ateş düşürücü
Antibiyotik
Antigribal
Peptik ülser ilaçları (mide ilaçları, antiasid)
GİS ilaçları (antidiareik, laksatif, antiemetik)
Antihipertansif
Antidiyabetik
Antitusif
Antihistaminik
Antianemik
Antidepresan
Antineoplastik
Antiparaziter
Antifungal
Anti epileptik
OKS
Kortikosteroid
Osteoporoz ilaçları
Kalp ilaçları
Vitamin
Hormon preparatları
Dermatolojik preparatlar

Göz preparatları
Diğer

13: Akraba, arkadaş veya komşularımıza ilaç tavsiye eder misiniz?
Evet
Hayır
Bazen

14: Bu şekilde en sık hangi ilaçları tavsiye edersiniz?
Ağrı kesici
Ateş düşürücü
Antibiyotik
Antigribal
Peptik ülser ilaçları (mide ilaçları, antiasid)
GİS ilaçları (antidiareik, laksatif, antiemetik)
Antihipertansif
Antidiyabetik
Antitusif
Antihistaminik
Antianemik
Antidepresan
Antineoplastik
Antiparaziter
Antifungal
Antiepileptik
OKS
Kortikosteroid
Osteoporoz ilaçları
Kalp ilaçları
Vitamin
Hormon preparatları
Dermatolojik preparatlar
Göz preparatları
Diğer

15: Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda doktora sormadan antibiyotik kullanır mısınız?
Evet
Hayır
Bazen

16: Doktorun verdiği antibiyotikleri bitirmeden bıraktığınız olur mu?
Evet
Hayır
Bazen

17: Bırakma sebebiniz nedir?
İyileşme
Kendini iyi hissetme
Unutkanlık
Alerji
Fazla ilaç almamak için
Diğer

18: Doktorun verdiği ilaç hakkında doktordan bilgi ister misiniz?
Evet
Hayır
Bazen

19: Ne tür bilgi istersiniz?
İlacın etkisi, ne işe yaradığı (endikasyonları)
Kullanım şekli
İçeriği
Yan etkileri
İlaç etkileşimleri
Dozu
Uyarılar
Kontraendikasyonları
Kullanım süresi
Diğer

20: Kullandığınız ilacın prospektüsünü okur musunuz? (Prospektüs: İlaç kutusunun içerisindeki ilaç ile ilgili bilgiler)
Evet
Hayır
Bazen

21: Neleri okursunuz?
İlacın etkisi, neye yaradığı (endikasyonları)
Kullanım şekli
İçeriği
Yan etkileri
İlaç etkileşimleri
Dozu
Uyarılar
Kontraendikasyonları
Kullanım süresi
Diğer

22: İlacınızı doktorun size söylediği gibi kullanır mısınız?
Evet
Hayır

Bazen

23: İlacın kullanımında aşağıdakilerden hangilerine dikkat edersiniz?
Evet Hayır Bazen
Açlık-tokluk, Saat Aralıkları, Dozaj

24: İlacınızda istenmeyen yan etki görüldüğünde ne yaparsınız?
İlacı bırakırım
Doktora başvururum
Kullanmaya devam ederim
Diğer ise belirtiniz
İlacı bırakırım ve doktora başvururum

25: İlaçtan yarar görmüyorsanız ne yaparsınız?
İlacı bırakırım
Doktora başvururum
Kullanmaya devam ederim
Diğer ise belirtiniz
İlacı bırakırım ve doktora başvururum

26: İlacı kullanmadan önce son kullanma tarihine bakar mısınız?
Evet
Hayır
Bazen

27: İlaçlarınızı evde nerelerde saklarsınız?
Oda sıcaklığında
Ecza dolabında
Buzdolabında
Isı koşullarına göre (yazın buzdolabı, kışın ecza dolabı)
Üzerinde yazan dereceye göre
Diğer

28: Evde bulunsun diye ilaç yazdırır mısınız?
Evet
Hayır
Bazen

29: En sık hangi ilaçları yazdırırsınız?
Ağrı kesici
Ateş düşürücü
Antibiyotik
Antigribal
Peptik ülser ilaçları (mide ilacı, antiasid)
GİS ilaçları (antidiareik, laksatif, antiemetik)
Antihipertansif

Antidiabetik
Antitusif
Antihistaminik
Antianemik
Antidepresan
Antineoplastik
Antiparaziter
Antifungal
Antiepileptik
OKS
Kortikosteroid
Osteoporoz ilaçları
Kalp ilaçları
Vitamin
Hormon preparatları
Dermatolojik preparatları
Göz preparatları
Diğer

30: Kullanmadığınız ilaçları ne yaparsınız?
Son kullanma tarihi geçmişse çöpe atarım
İhtiyacı olana veririm
Hastane, eczane, sağlık ocağına veririm
Evde durur
Evde ilaç bulundurmam
Diğer

31: Evde bitkisel tedavi uygular mısınız?
Evet
Hayır
Bazen

32: En çok hangi hastalığın tedavisi için uygularsınız?
ÜS YE
AS YE
Ürtiker
İdrar yolu enfeksiyonu
Peptik Ülser
Baş ağrısı
Bel ağrısı
Otitis media
Sinuzit
İshal
Karın Ağrısı
Astım
Anksiyete bozukluğu

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
Demir eksikliği anemisi
Depresyon
Mantar enfeksiyonu
Diyabet
Dismenore
Egzema (Dermatit)
Kanser
Parazit enfeksiyonu
Kalp yetmezliği
KOAH
Menopoz
Osteoporoz
Döküntü
hastalığı
Hepatit
Menenjit
Diğer

EK-2**Akılci İlaç Kullanım Skorunun Puanları****Tablo 1. 9, 11, 13, 15, 16 , 18, 20, 22, 23, 26, 28. Soruların Puanları**

	Puanlar		
	Evet	Bazen	Hayır
9. soru	0	0	6
11.soru	0	0	2
13.soru	0	0	4
15.soru	0	0	4
16.soru	0	0	2
18.soru	4	2	0
20.soru	2	1	0
22.soru	4	0	0
23.soru	2	1	0
	2	0	0
	2	0	0
26.soru	4	2	0
28.soru	0	0	2

Tablo 2. 24 ve25. Soruların Puanları

Cevaplar	Puanlar
1.İlacı bırakırım	2
2.Doktora başvururum	4
3.Kullanmaya devam ederim	0
4.İlacı bırakırım, doktora başvururum	3
5.Hiç görmedim	0
6.Eczacıya sorarım	1
7.Prospektüsü okurum	1
8.İlk yardım uygulamam	1
9.Evde tedavi olurum	1

Tablo 3. 27. Sorunun Puanları

Cevaplar	Puanlar
1. Oda sıcaklığında saklarım	3
2. Ecza dolabında saklarım	3
3. Buzdolabında saklarım	3
4. Isı koşullarına göre saklarım	4
5. Üzerinde yazan dereceye bakarım	4
6. Serin, karanlık yerde saklarım	2
7. Serin yerde saklarım	1
8. Karanlık yerde saklarım	1
9. Evde ilaç olmaz	0

EK-2 DEVAMI

Tablo 4. 30. Sorunun Puanları

Cevaplar	Puanlar
1. Son kullanma tarihi geçmişse çöpe atarım	2
2. İhtiyacı olana veririm	0
3. Hastane, eczane, sağlık ocağına veririm	4
4. Evde durur	2
5. Evde ilaç bulundurmam	3

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Neslihan Pınar

Doğum Yeri/Tarihi : Adana, 1978

Medeni Durumu : Evli, bir çocuk annesi

Adres : Yurt Mah. 71049 Sok. Yakamoz Sitesi A
Blok. Kat:8 No:15 Seyhan/ADANA

Telefon : 0(322) 227 96 99

E-mail : neslihansoylu@yahoo.com

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi : Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Görev Yerleri : 2004- 2005: Adıyaman Sincik Sağlık Merkezi
2005-2010: Çukurova Üniversitesi Tıp
Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı

Yabancı Diller : İngilizce
Almanca