

**T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**BİRİNCİ BASAMAKTA REÇETESİZ İLAÇ
KULLANIMI VE SAĞLIK HİZMETİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**DR. ERHAN İLHAN
UZMANLIK TEZİ**

İZMİR -2021

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

BİRİNCİ BASAMAKTA REÇETESİZ İLAÇ
KULLANIMI VE SAĞLIK HİZMETİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ

DR. ERHAN İLHAN
UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI: PROF. DR. NİLGÜN ERDEM ÖZÇAKAR

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLolar.....	iii
ŞEKİLLER.....	iv
KISALTMALAR	v
TEŞEKKÜR.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	ix
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Reçetenin Tanımı.....	4
2.2. Reçetesiz İlaç Kullanımı.....	4
2.2.1. Türkiye’de ve Dünya’da Reçetesiz İlaç Kullanımı.....	5
2.3. Bilinçsiz ve Reçetesiz İlaç Kullanmanın Toplumsal Boyutu	8
2.4. Reçetesiz İlaçlar İçin Genel Kriterler	10
2.5. Reçetesiz İlaçların Bilgisi.....	11
2.6. Reçetesiz Tedavinin Bilgi Kaynakları	11
2.7. Reçetesiz Tedavilere Yönelik Genel Bakış	12
2.7. Kendi Kendine Kullanılan İlaçların Algısı	13
2.8. Kendi Kendine Tedavi İçin Kullanılan Reçetesiz İlaçlar	14
2.9. Reçetesiz İlaçların Başarısızlığı	16
2.10. Aile Hekimliği WONCA Tanımı	17
2.11. Aile Hekimi Çekirdek Yeterlikleri;	17
2.12. Ülkemizde Aile Hekimliği Uygulaması	20
2.13. Hasta Memnuniyeti.....	21
2.14. Sağlık Hizmetleri.....	26
2.15. Sağlık Hizmetinin Sunumu	27
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER.....	28
3.1. Araştırmanın Modeli.....	28
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	28
3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları	29
3.3.4. Sosyodemografik Bilgiler Anketi	29

3.3.5. Reçetesiz İlaç Kullanım Anketi	29
3.3.6. EUROPEP Ölçeği	29
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	30
3.5. Veri Analizi	31
4. BULGULAR.....	32
4.1. TANIMLAYICI BULGULAR	32
4.1.1. Demografik ve Bazı Tanımlayıcı Bulgular	32
4.1.2. Reçetesiz İlaç Kullanımı ile İlgili Bulgular	33
4.2. Analitik Bulgular	41
5. TARTIŞMA	45
5.1. Mevcut Literatür İle Karşılaştırma	45
5.2. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları	53
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	54
7. KAYNAKLAR	56
8. EKLER.....	73

TABLÖLAR

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı	32
Tablo 2. Reçetesiz kullanılan ilaçlar.....	34
Tablo 3. Reçetesiz ilaç kullanımı için belirtilen sebepler	35
Tablo 4. Reçetesiz kullanılan ilaçlar hakkında bilgi kaynakları.....	36
Tablo 5. Katılımcıların kullandıkları ilaçları benzer şikayetleri bulunan bir yakınına tavsiye etme durumu.....	37
Tablo 6. Tüm katılımcıların EUROPEP ölçeği madde puanlarının ortalaması	37
Tablo 7. Katılımcıların EUROPEP ölçeğine göre memnuniyet durumu	39
Tablo 8. Hastaların Genel Memnuniyet Durumları.....	40
Tablo 9. Sosyodemografik özelliklere göre reçetesiz ilaç kullanım durumu	42
Tablo 10. Sosyodemografik özelliklere göre EUROPEP ölçeği puan ortalamalarının değişimi	43
Tablo 11. Reçetesiz İlaç Kullanımına Göre EUROPEP puan ortalamasının değişimi	44

ŞEKİLLER

Şekil 1: WONCA Ağacı	17
Şekil 2. Katılımcıların reçetesiz ilaç kullanım durumu	34
Şekil 3. Katılımcıların Reçetesiz İlaç Kullanımını Doğru Bulma Durumu	36



KISALTMALAR

EUROPEP : Patients Evaluate General/Family Practice

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

AİFD : Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği

IMS : Kıtalararası Pazarlama Hizmetleri

TL : Türk Lirası

SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu

WHO : World Health Organization

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

SSK : Sosyal Sigortalar Kurumu

TSH : Temel Sağlık Hizmetleri

AÇSAP : Ana-Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Merkezi

ASM : Aile Sağlığı Merkezi

EQUIP : European Working Party on Quality in General Practice

TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu

EASM : Eğitim Aile Sağlığı Merkezi

TEŞEKKÜR

Tezimin en başından en sonuna kadar her aşamasında destek ve yardımlarını esirgemeyen, profesyonel iş hayatındaki tavrı ve duruşuyla bizlere örnek olan, çalışma azmine her zaman gıpta ettiğim çok değerli hocam ve tez danışmanım Prof. Dr. Nilgün Erdem Özçakar'a emeklerinden ve özverilerinden ötürü en içten teşekkürlerimi sunuyorum.

Aile hekimliği uzmanlığı asistanlık eğitimim süresince bakış açımı genişleten, bilgiye nasıl ulaşacağımı bana öğreten, mesleki gelişimime katkı sağlayan değerli hocalarıma ve bu süreci birlikte yaşadığım, bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım sevgili asistan arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.

Bugünlere gelmemde büyük emek ve fedakarlıkları olan, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim, desteklerini her daim üzerimde hissettiğim ve evlatları olmaktan gurur duyduğum canım annem Zeliha İlhan ve canım babam Rifat İlhan'a, biricik ağabeyim Korhan İlhan'a,

Her koşulda yanımda olduğunu hissettiren, varlığıyla bana güç veren, tezimin her aşamasında hiçbir desteğini esirgemeyen, en büyük dayanağım, dostum, sırdaşım, yol arkadaşım, en kıymetlim, sevgili eşim Gül İlhan'a sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

Saygılarımla,
Dr. Erhan İlhan

ÖZET

BİRİNCİ BASAMAKTA REÇETESİZ İLAÇ KULLANIMI VE SAĞLIK HİZMETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Erhan İLHAN

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nilgün ERDEM ÖZÇAKAR

Amaç: Reçetesiz ilaç kullanımı sosyodemografik özelliklerle beraber birçok etkenlere bağlı olarak değişebilmektedir. Bu çalışma; hastaların birinci basamak sağlık hizmetinden duydukları memnuniyet düzeyini, reçetesiz ilaç kullanım durumlarını ve ikisi arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu araştırma kesitsel analitik çalışma modelinde olup, Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Gaziemir 10 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 333 hasta ile yüz yüze anket uygulayarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, reçetesiz ilaç kullanımı ile ilgili sorular içeren bir anket ve EUROPEP ölçeği uygulanmıştır. Çalışmanın verileri IBM SPSS (statistical package for social sciences) 24.0 paket programı aracılığıyla analiz edilmiştir. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları, kategorik bağımsız değişken ve bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, sayısal bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında ise t-testi veya ANOVA testleri yapıldı, p değeri<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Hastaların genel memnuniyet düzeyi %92,2 olarak bulunmuştur. Genel olarak bakıldığında hastaların hekimlerinden en memnun oldukları başlıklar sırasıyla; 'Sizi muayene etmesi', 'Kayıt ve bilgileri gizli tutması' ve 'İşini tam yapması' şeklindeydi. Çalışmamızda hastaların memnuniyetsizliğinin en yüksek olduğu konular ise ulaşılabilirlikle ilgili olan 'Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz', 'ASM'ye telefonla ulaşabilmeniz' ve 'Bekleme odasında harcadığınız zaman' başlıklarıydı. Reçetesiz ilaç kullanım oranı tüm hastalar içinde %77,2 olarak saptanmıştır. Hekim önerisi veya reçetesi olmadan en sık kullanılan ilaçların %94,1 ile ağrı kesiciler olduğunu saptadık. Hastaların hekimlerinden memnuniyet düzeyleri ile reçetesiz ilaç kullanımı arasında bir ilişki yoktu.

Sonuç: Bir EASM'de yapılmış olan bu çalışmada hastaların memnuniyet düzeyi ülke genelinin üzerinde bulunmuştur. Reçetesiz ilaç kullanım oranı mevcut çalışmaların da desteklediği üzere oldukça yüksektir. Fakat reçetesiz ilaç kullanımının bu denli yüksek olmasının altında yatan sebepleriyle ilgili daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Reçetesiz ilaç kullanımı, hasta memnuniyeti, EUROPEP ölçeği, birinci basamak sağlık hizmeti

ABSTRACT

OVER-THE-COUNTER DRUG USE IN PRIMARY STAGE AND EVALUATION OF HEALTHCARE

Dr. Erhan İLHAN

Dokuz Eylül University, Faculty of Medicine, Department of Family Practice

Supervisor: Prof. Dr. Nilgün ERDEM ÖZÇAKAR

Introduction: Over-the-counter drug use can vary depending on many factors, along with sociodemographic characteristics. This study aims to evaluate the satisfaction level of patients from primary health care, their over-the-counter drug use, and the relationship between the two.

Methods: This research is in the cross-sectional analytical study model and was carried out by applying a face-to-face questionnaire with 333 patients registered in Gaziemir Education Family Health Center No. 10 of Dokuz Eylül University Family Medicine Department. A sociodemographic data form, a questionnaire including questions about over-the-counter drug use, and the EUROPEP scale were administered to the participants. The data of the study were analyzed through the IBM SPSS (statistical package for social sciences) 24.0 package program. Mean, standard deviation for descriptive continuous variables; frequency and percentage distributions for categorical variables, chi-square test for comparison of categorical independent variables and dependent variables, t-test or ANOVA tests for comparison of numerical independent variables, p value <0.05 was considered statistically significant.

Results: The general satisfaction level of the patients was found to be 92.2%. In general, the titles that patients are most satisfied with from their physicians are respectively; It was 'examining you', 'Keeping records and information confidential' and 'Doing his job properly'. In our study, patients were most dissatisfied with accessibility, such as 'You can reach your doctor by phone', 'You can reach ASM by phone' and 'Time you spend in the waiting room'. The rate of over-the-counter drug use was 77.2% among all patients. We found that the most frequently used drugs without a physician's recommendation or prescription were painkillers with 94.1%. There was no relationship between patients' satisfaction with their physicians and over-the-counter drug use.

Conclusion: In this study, which was conducted in an Educational FHC, the satisfaction level of the patients was found above the country average. The rate of over-the-counter drug use is quite high, as supported by current studies. However, more studies are needed on the underlying causes of such high over-the-counter drug use.

Key Words: Over-the-counter drug use, patient satisfaction, EUROPEP scale, primary health care

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Kişileri ve aileleri yaşadığı toplumla birlikte ele alan yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın bütüncül sağlık hizmeti sunan bir hekime ihtiyaç duyulmuştur [1]. Bu hekim, aile hekimidir. Türkiye'deki tanımıyla aile hekimi: kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın, her kişiye kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekanda vermekle yükümlü, gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti veren ve tam gün esasına göre çalışan aile hekimliği uzmanı veya Bakanlığın öngördüğü eğitimleri alan uzman tabip veya tabiplerdir [2]. Aile hekimi hastaya yakınlığı sayesinde onun kişisel özellikleri ve hastanın veya yaşadığı toplumun sorunları hakkında bilgi sahibidir [3]. Periyodik sağlık kontrolleri ile gelecekteki hastalık risklerinin saptanması hastalığı erken dönemde tanımayı, gerekli bağışıklama yapmayı ve hastalıkların önlenmesine yönelik hizmet vermeyi amaçlar [4].

Ülkemizde pilot uygulamaların ardından 2011 yılından günümüze aile hekimliği tüm yurtta uygulanmaktadır. Aile hekimliği uygulamasına geçişle Türkiye'de sağlık hizmeti sunum kalite belirteçleri olumlu etkilenmiştir. Anne ve bebek ölümlerinde kayda değer azalmalar dikkati çekmektedir [5].

Birinci basamak sağlık hizmeti, sağlığın teşviki, koruyucu sağlık hizmetleri ile teşhis tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin bir arada verildiği, bireylerin hizmete kolayca ulaşabildikleri, düşük maliyetle etkin ve yaygın sağlık hizmeti sunumudur. 2003 yılından itibaren ülkemizde uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm'ün önemli bileşenlerinden biri olan aile hekimliği, birinci basamak sağlık hizmetlerinin çağdaş uygulama şeklidir [6].

Aile hekimleri verdikleri birinci basamak hizmet sırasında birçok sorunla karşılaşmaktadırlar. Bu sorunlardan birisi, hastaların hekim önerisi veya reçetesi dışında kendi kendilerine bilinçsiz ilaç tüketimleridir.

Reçetesiz ilaç; günlük hayatta sıkça rastlanan basit rahatsızlıkların giderilmesi için, hekim müdahalesi olmaksızın, gerektiğinde sadece eczacının tavsiyesiyle kullanılmasında tıbbi sakınca olmayan, kısa bir süre kullanılmak üzere güvenli ve belirtilen endikasyonlar için etkili oldukları kabul edilmiş ilaçlardır [7]. Kendi kendine tedavi uygulaması dünya genelinde hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde [8, 9] yaygındır ve reçeteli ilaç kullanımından bile daha yaygın olabilmektedir [10].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün yönettiği son çalışmalar ilaçların kötü kullanımı sorununun büyük boyutlara ulaştığını bildirmektedir. Bazı ilaçlar tıbben yasal sınırlar içerisinde kullanılsa dahi tolerans, rezistans, yan etkiler hatta ilaç bağımlılığına varan kötü sonuçların ortaya çıktığı kesin olarak bilinmektedir. Bu konu sağlık ekibini ve hastayı ilgilendirdiği kadar sağlıklı bireyleri de ilgilendiren bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir [11].

Uygunsuz ilaç kullanımı ile ortaya çıkan bir diğer olumsuzluk, oluşan ekonomik kayıplardır [12]. Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği'nin(AİFD) raporuna göre ülkemizde 2006 yılında kişi başına düşen yıllık ilaç harcamasının 134 dolar olduğu belirtiliyor. Bu harcama 2006 yılında ABD'de 661 dolar, İngiltere'de ise 260 dolardır [13].

Her ne kadar ülkemizde kişi başına düşen yıllık ilaç harcaması düşük görünse de; ilaç tüketiminin ulusal gelire oranı hesaplandığında Türkiye'nin tüm gelişmiş ülkelerden daha yüksek oranda ilaca harcama yaptığı görülmektedir. Türkiye'de 2006 yılında ilaç tüketiminin ulusal gelire oranı %1.8'dir, bu oran ilaç tüketimde dünya lideri olan Amerika Birleşik Devletleri'nden (ABD) bile yüksektir (% 1.5). İngiltere'de ise bu oran % 0.7'dir [14].

Yüksek maliyetli, gereksiz ilaç kullanımı ülke ekonomisine ağır yükler getirmektedir. Gelişmekte olan veya az gelişmiş ülkelerin dışarıdan ilaç ithal etmek zorunda oldukları düşünülecek olursa bu durum ekonomik çöküntüyü bir kat daha arttırır. Bu da sağlık hizmetlerinin yürütülmesi ve sunumunda kaynak yetersizliği nedeniyle kalitenin azalmasına neden olmaktadır [15, 16].

Bu alışma; hastaların birinci basamak sağlık hizmetinden duydukları memnuniyet düzeyini, reçetesiz ilaç kullanım durumlarını ve ikisi arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçlamaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Reçetenin Tanımı

Reçete (prescription) kelimesi Latince prae, before ve scribo kelimelerinden türemiş olup, “önceden yazılan” anlamındadır. Tıbbi anlamda reçete ise; “Belirli ilaç ya da ilaçları belirli bir hastaya temin etmesi için hekimler, diş hekimleri veya veteriner hekimler tarafından eczacılara yönelik olarak hazırlanan yazılı bir talimat” olarak tanımlanabilir [17].

DSÖ reçeteyi “hekim tarafından eczacıya yazılmış bir talimat formu” olarak tanımlamıştır [18]. Tanımlardan da anlaşılacağı üzere reçete, bir hekimlik sanatıdır. Fakat bazı ülkelerde ebe, hemşire, sağlık memuru gibi çalışanlar da reçete yazma yetkisine sahiptir. Kimlerin reçete yazabileceği, hangi ilaçların reçeteye verilmesi gerektiği, reçetede bulunması gereken asgari bilgiler gibi konularda, her ülkenin kendi düzenlemeleri bulunmaktadır [19].

2.2. Reçetesiz İlaç Kullanımı

Tıbbi gözetim altında kullanılmak üzere tasarlanmış, güvenli ve etkili olarak kullanılması onaylanmış ilaçların, yaygın sağlık sorunlarının tedavisinde kullanılmasına kendi kendine ilaç kullanımı denilmektedir. Kendi kendine ilaç kullanımı genellikle reçetesiz veya tezgah üstü olarak adlandırılan ilaçları ve doktor reçetesi olmadan kullanılan ilaçları ifade etmektedir. Bazı ülkelerde tezgahüstü ilaçlar süpermarketlerde ve mağazalarda satılabilmektedir [20, 21]. Ülkemizde ise 12 Nisan 2014’ de resmi gazetede yayınlanmış olan Eczacılar ve Eczacılar Hakkında Yönetmelikte madde 30’ a göre, reçeteye tabi olan ilaçların reçetesiz satılması yasak olup, bilgilendirilmesinde eczacılarında sorumlu olduğu belirtilirken, madde 7’ e göre ise reçetesiz satılan ilaçların kullanımında eczacıların danışmanlık vermesi, ilaçların akılcı kullanımının sağlanması gerektiği ifade edilmiştir [22]. Kendi kendine ilaç kullanım sebeplerine bakıldığında daha kolay olması, sağlık hizmetlerinin maliyetinin yüksek olması ve sağlık hizmetlerine erişimin kolay olmaması gösterilebilmektedir [23].

İnsanların bireysel katılım ve yetkilendirme felsefesine uygun olarak DSÖ kendi kendine ilaç tedavisinde şunların yapabileceğini belirtmiştir:

- Tıbbi konsültasyon gerektirmeyen semptomları ve rahatsızlıkları önlemeye ve tedavi etmeye yardımcı olun,
- Özellikle finansal ve insan kaynakları sınırlı olduğunda, küçük hastalıkların hafifletilmesi için tıbbi hizmetler üzerindeki artan baskının azaltılması,
- Tıbbi yardıma erişimin zor olabileceği kırsal alanlarda veya uzak bölgelerde yaşayan nüfusa sağlık bakım hizmetinin kullanılabilirliğini arttırın
- Hastaların kendi kronik durumlarını kontrol etmesini sağlayın [23].

Kendi kendine ilaç tedavisi, kendiliğinden teşhis edilen veya kendi kendine teşhis edilen durumları veya semptomları tedavi etmek için bireylerin veya bireylerin ailesinin bir üyesi tarafından ilaç seçimi ve kullanımıdır. Kendi kendine ilaç kullanımının avantajları, ilaç erişiminin kolay olması, hastanın kendi sağlık bakımındaki aktif rolü, hekimlerin ve eczacıların becerilerinin daha iyi kullanılması ve azalan sağlık harcamaları nedeniyle hükümetlerin yükünün azalmasıdır. Ancak kendi kendine ilaç kullanımı, ilaç tedavisi için tamamen güvenli bir uygulamadan uzaktır. Kendi kendine ilaç uygulamalarının potansiyel riskleri ise şöyledir: yanlış öz tanı, gerekli olduğunda tıbbi tavsiyede bulunmanın gecikmesi, seyrek fakat ciddi advers reaksiyonlar, tehlikeli ilaç etkileşimleri, hatalı uygulama şekli, hatalı dozaj, yanlış tedavi seçimi, ciddi bir hastalığın maskelenmesi, bağımlılık ve istismar riskidir. Ayrıca kendi kendine ilaç kullanımı; antibiyotiklere karşı direnç gelişmesi sebebiyle de dünyada ciddi bir sorundur [24, 25].

2.2.1. Türkiye’de ve Dünya’da Reçetesiz İlaç Kullanımı

Reçetesiz ilaç günlük hayatta sıkça rastlanan basit rahatsızlıkların giderilmesi için, hekim müdahalesi olmaksızın, gerektiğinde sadece eczacının tavsiyesiyle kullanılmasında tıbbi sakınca olmayan, kısa bir süre kullanılmak üzere, güvenli ve belirtilen endikasyonlar için etkili oldukları kabul edilmiş ilaçlardır [7]. Danışman bir tıp doktoru olmadan bu tür reçetesiz veya tezgah üstü diye bilinen ilaçların tüketimi ve temini kendi kendine ilaç kullanımı olarak adlandırılır [26].

Tüm dünyada “etkinliği ve güvenilirliği kanıtlanmış” olan ilaçların reçeteli statüsünden reçetesiz statüsüne geçişı hızlanmaktadır. Reçetesiz ilaçlar, dünyada 100 milyar doların üzerinde bir satış rakamı ile toplam ilaç pazarının yaklaşık yüzde 15'ini oluşturmaktadır. Ancak dünya eğilimine baktığımızda reçetesiz ilaç, geri ödeme listesinden çıkartılmış ya da eczane dışında satılabilen ilaç anlamına gelmemektedir. 2006 yılında IMS(Kıtalararası Pazarlama Hizmetleri) verilerine göre reçetesiz ilaç piyasasının toplam ilaç piyasası içindeki payı 54 milyon EURO'ya ulaşmıştır. Bu reçetesiz ilaç piyasası içinde en çok büyüyenler Latin Amerika ve Güney Asya Ülkeleri, Japonya, Rusya ve Çin'dir. Avrupa'daki gerçek büyümenin motoru Orta ve Doğu Avrupa ülkeleridir; zira Almanya ve Fransa'da sıkı kontrol ve düzenlemeler devam etmektedir. Kişı başına düşen reçetesiz ilaç harcamasında ise Rusya ve Ukrayna gibi ülkelerin yüksek bir potansiyele sahip olduğu fark edilmektedir [27].

Reçetesiz ilaç konusu, Türkiye'nin AB ile tam üyelik müzakereleri çerçevesinde gündeme gelmiştir. Bu kapsamda çıkartılan “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmelik” (17 Şubat 2005) ile reçeteli ürün kriterleri tanımlanmış, bu kriterler dışında kalan ürünlerin “reçetesiz” olarak satılabileceği karara bağlanmıştır. Türkiye'de de “reçetesiz ilaç”, geri ödeme listesinden çıkartılmış olan ya da “eczane dışında satılabilen, reklamı yapılabilen ilaç” anlamına gelmemektedir [28].

Bilinçsiz ve reçetesiz ilaç tüketimi dünyanın her yerinde olduğu gibi Türkiye'de de 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, reçetesiz ilaçların rahat bir şekilde satın alınabildiği ve bilinçsiz bir şekilde kullanıldığı bilinmektedir [29].

Konuyla ilgili birkaç çalışma ilaç etkileşimleri, uzun kullanım süresi, son kullanma tarihi geçmiş ilaçların kullanımı, ilaçların fazla kullanımı, ilaç direnci, yanlış tanı ve reçetesiz ilaçların uygunsuz kullanımıyla ilişkili diğer toksikolojik ve farmakolojik riskler gibi risklerin bulunduğunu belirtmektedir [30, 31, 32]. İnsanlar

genellikle reçetesiz ilaçların yasak ilaçlardan daha güvenilir olduğunu düşünürler fakat bu sadece istenilen amaçla ve reçeteli olarak alındığı zaman doğrudur. Kötüye kullanıldığında, reçeteli ve reçetesiz ilaçlar bağımlılık yapabilir ve özellikle alkol ve diğer ilaçlarla alındığında ilacı kötüye kullananları tehlikeye atar [33].

Türk Eczacıları Birliği'ne göre; özel bir firma tarafından yapılan araştırmada; reçetesiz ilaçların kullanımı son zamanlarda Türkiye'de başka hale gelmiştir [34] neredeyse iki hastadan birinin reçetesiz ilaç aldığını ve bunu tıbbi bakım aramadaki fiyata bağladığını belirtmiştir. Antalya'da Aktekin ve arkadaşlar tarafından reçetesiz ilaç kullanımıyla ilgili yürütülen bir başka araştırmada insanların %43,5'inin sağlık merkezlerine [35] başvurmadan önce reçetesiz ilaç kullandıklarını göstermektedir. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili benzer bir araştırma kişilerin %31,9'unun doktora danışmadan eczaneye [36] gidip ilaç aldıklarını belirtmiştir. Gül ve arkadaşları eczanelerde satılan ilaçların %41,0'ının reçetesiz ilaç olduğunu belirtmektedir. Sağlık merkezi kuruluşlarından ve ilçe merkezlerinden uzakta olan eczanelerde reçetesiz ilaç satışlarının oranları reçeteli ilaçların satış oranından yüksek bulunmuştur [37]. Ayrıca İptes ve Khorshid tarafından yapılan bir araştırmada Türkiye'de reçetesiz ilaç kullanımının arttığını göstermektedir [38]. İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası'nın araştırmasında ise ilacın satın alınması ve kullanılmasıyla ilgili sonuçlara göre Türkiye'de halkın beşte birinin (1/5) reçetesiz ilaç aldığı saptanmıştır, ilaç satın alma eğilimini belirleyenler ise arkadaş, akraba, eczacı – kalfa önerisi, ya da kişisel deneyim olarak bildirilmiştir [39].

Öte yandan son raporlar bazı devletlerin özellikle kendi kendine tedavi yoluyla küçük hastalıkların bakımını gitgide desteklediğini göstermektedir. Reçetesiz ilaçlarla sınırlı olan güvenilir kendi kendine ilaç kullanımı tedavinin doğrudan finansal maliyeti, muayene süresi ve seyahatte kurtarma sayesinde ekonomiler için mevcut net fayda akışlarını meydana getirebilir [40].

2.3. Bilinçsiz ve Reçetesiz İlaç Kullanmanın Toplumsal Boyutu

Tüm dünyada etkisiz, yüksek maliyetli, yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı ciddi bir sorundur ve toplam sağlık harcamaları içinde önemli bir yer tutmaktadır. Yüksek maliyetli, gereksiz ilaç kullanımı ülke ekonomisine ağır yükler getirmektedir. Ülkemizde en fazla ağrı kesici, antibiyotik ve vitamin gibi ilaçlar savurgan ve hatalı bir şekilde, çevrenin önerisiyle ya da kişinin kendi kararıyla hekime danışmadan kullanılmaktadır. Bunun sonucu olarak toplumda birçok zehirlenmeler ya da ilaçlara karşı duyarlılıkta azalmalar görülmektedir [41, 42].

Türkiye’de 2002 yılında toplam 789 milyon kutu ilaç tüketilmiştir ve toplam ilaç pazarı 4.8 milyar TL’dir. Ancak 2008 yılının verileri incelendiğinde ilaç tüketimi kutu bazında 1.379 milyara ve ilaç pazarı da 12.1 milyar TL’ye ulaşmıştır [43]. Kullanılan tüm ilaçların 2007 yılında kutu bazında %17’si, TL bazında %18’i antibiyotikler için harcanmıştır [44].

AİFD’nin raporuna göre ülkemizde 2006 yılında kişi başına düşen yıllık ilaç harcamasının 134 dolar olduğu belirtiliyor. Bu harcama 2006 yılında ABD’de 661 dolar, İngiltere’de ise 260 dolardır [45]. Her ne kadar ülkemizde kişi başına düşen yıllık ilaç harcaması düşük görünse de; ilaç tüketiminin ulusal gelire oranı hesaplandığında Türkiye tüm gelişmiş ülkeleri geride bırakıyor. Türkiye’de 2006 yılında ilaç tüketiminin ulusal gelire oranı %1,75’dir, bu oran ilaç tüketimde dünya lideri olan ABD’den (% 1.5) bile yüksektir. İngiltere’de ise bu oran % 0.65’tir [14].

Ülkemizdeki durumu dünyadaki durumla karşılaştırdığımızda; ülkemizde %19 ile antibiyotikler 1. sırada iken dünyada %9.9 ile 4. sırada yer aldığı görülmektedir. Antibiyotiklerin ülkemizde en çok kullanılan ilaç olmasının nedenleri şu şekilde sıralanabilir [46]:

1. Enfeksiyon yok iken antibiyotik kullanma
2. Yanlış antibiyotik seçimi
3. Dozun eksik ya da fazla olması
4. Yetersiz veya uzun süre kullanılması
5. Daha pahalı olanın seçimi
6. Profilaksi için geniş spektrumlu antibiyotik seçimi

Yanlış, gereksiz, etkisiz ve yüksek maliyetli ilaç kullanımı çeşitli sorunlara neden olmaktadır. Bunlardan biri gereksiz ve yanlış tüketime bağlı sorunlardır ki, bu sorunların başında antibiyotiklere direnç gelişimi gelmektedir. Reçetesiz ilaç kullanımının, semptomları gizleme ve hastalığın tanılmasını geciktirme gibi birçok sakıncaları da bulunmaktadır [47]. Diğer yandan ülkelerin ortalama yaşam süresinin artmasına bağlı olarak yaşlı nüfus da her geçen yıl artmaktadır. Aynı zamanda yaşlı nüfus daha fazla ilaç tüketen gruptur [48]. Yaşlı grupta ilaç kullanım sıklığını belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır [49, 50]. Huzur evinde kalan yaşlı bireyler ile yapılan bir çalışmada [49], ilaç kullanım oranının %94; en çok kullanılan ilaçların, kardiyovasküler ajanlar ve analjezikler olduğu saptanmıştır. Amerika'da yaş grubuna göre ilaç kullanım oranını saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada, genel nüfusun %12'sini oluşturan yaşlı grubun ülke çapındaki ilaçların 1/4'ünü kullandığı (günde ortalama 4-5 ilaç) belirlenmiştir. Aynı çalışmada reçetesiz ilaç kullanımının 1/2'sinden yaşlı grubun sorumluluğu olduğu saptanmıştır [50]. Ülkemizde ilaç kullanımı ile ilgili araştırma sonuçları, yurtdışında yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir [51, 52, 53].

Bıyık ve arkadaşları [54] huzur evlerinde kalan yaşlı bireyler ile yaptığı çalışmada ilaç kullanım oranının 1.8; en çok kullanılan ilaçların kardiyovasküler ajanlar ve analjezikler olduğunu saptamıştır. Dişçigil ve diğerlerinin yaptığı çalışmada [52] kronik hastalık ile ilaç kullanımı arasında pozitif bir ilişki olduğu ve huzurevinde kalan yaşlı bireylerin daha fazla ilaç kullandığı belirlenmiştir.

Ülkemizde reçetesiz ilaç kullanımı ile ilgili yapılan araştırmaların sonuçları da yurt dışında yapılan çalışmalar ile benzerlik göstermektedir [51, 55]. Özdemir ve Akgün'ün [29] yaptığı çalışmada yaşlıların %92.9'unun reçetesiz ilaç kullandığı, %55.4'ünün ilaçları reçete edilen şekilde kullanmadığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda belirlendiği gibi yaşlı bireyde kronik sağlık sorunları nedeniyle reçeteli ya da reçetesiz ilaç kullanımı diğer yaş gruplarına göre oldukça fazladır [51, 55].

2.4. Reçetesiz İlaçlar İçin Genel Kriterler

Bir ilacın reçetesiz ilaç olabilmesi için; Dünya Sağlık Örgütü'nün 2000 yılında hazırlamış olduğu 'Kendi Kendine İlaçla Tedavide Kullanılan Tıbbi Ürünlerin Düzenlenmesi İçin Rehber' uyarınca üç özelliği barındırması gerekir:

Aktif madde: Amaçlanan dozda aktif maddenin doğasında düşük zehirleyiciliği olmalıdır.

Kullanım amacı: Kullanım amacı kendi kendine ilaçla tedavi için uygun olmalıdır. Ürünün kullanımı, teşhisi ve tıbbi dikkat gerektiren bir durumun tedavisini boş yere geciktirmemelidir.

Ürün özellikleri: Ürün onu istenmez yapacak özelliklere sahip olmamalı, ilaç tedavisinin izlenmesi için doktor gözetimi gerektirmemeli, belirgin oranda bağımlılık ve zarar riski teşkil etmemeli veya ciddi ters reaksiyonla sonuçlanacak çokça kullanılan yiyecek ve ilaçlarla etkileşim gibi sınırlayıcı özellikler göstermemelidir [56].

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı ilaç sektörünün düzenleyici kurumudur; ilacın reçeteli ya da reçetesiz olmasına Sağlık Bakanlığı karar verirken, geri ödeme listesinde olup olmasına SGK karar verir. Sağlık Bakanlığı endüstriyi denetler ve onun kontrolünün altında birkaç farklı kurum vardır. Bu kurumlar İlaç ve Eczane Genel Müdürlüğü, Halk Sağlığı Kurumu, Devlet Hastaneleri Kurumu, Sınır ve Kıyı Bölgelerinin Genel Sağlık Müdürlüğü'nü kapsamaktadır. İlaç ve Eczane Genel Müdürlüğü ilaç sektöründeki tüm faaliyetleri denetler. Sağlık Bakanlığı'nın bir parçası olan Türk İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ilaç kullanımına ait fiyatların düzenlenmesi ve kontrolünden sorumludur. Üreticiler ve ithalatçılar fiyat artışı ve fiyat düşüşü kadar yeni ürün fiyatları için de Sağlık Bakanlığı'nın iznine başvurmak zorundadırlar [57].

2.5. Reçetesiz İlaçların Bilgisi

Reçetesiz ilaçlarla kendi kendine ilaç kullanımı tüm dünyada yaygın kendini sınırlayan hastalıklar için ekonomik bir tedavi seçimidir [58]. Buna rağmen, tehlikeli etkilerinin yanı sıra faydalarının bilgisi ilacın kendisinin uygulaması kadar popüler değildir. Farklı popülasyonlar arasındaki belirli çalışmalar [59, 60, 61] halkın çabuk, kolay ve uygun ilacı temin ederek ve hafif seyreden hastalıklar için doktora gitme ihtiyacından kurtularak kendi kendine ilaç kullanımını zaman kazandırıcı ve ekonomik olarak gördüğü için kendi kendine ilaç kullanımının avantajları hakkında oldukça iyi bilgiye sahip olduğunu göstermektedir [61]. Bu algılar kendi kendine ilaç kullanımının yaygın hafif seyreden hastalıkları tedavi etmek için daha ucuz ve uygun bir alternatif sağladığını söyleyen WHO'nun (Dünya Sağlık Örgütü) raporlarıyla aynıdır [62, 61]. Fakat ilaçların yan etkileri gibi kullanılan ilaçların doğru endikasyonları, dozajları ve kullanım süreleri yönünden tüketicilerin bilgisiyle ilgili aynı şey söylenemez [59, 63]. Kiying, Lauwo, Stevenson ve Macwalter tarafından yayınlanan makaleler yaygın reçetesiz kendi kendine tedavinin sağlığa olumsuz etkilere ve hatta yetersiz ilaç bilgisi yüzünden ölümlere neden olacağını bildirdi [64].

2.6. Reçetesiz Tedavinin Bilgi Kaynakları

Özkan ve arkadaşlarının çalışmalarında hastaların %25,6'sının arkadaş/akraba/komşu tavsiyesi ile ilaç kullandıklarını %22,62'sinin başkalarına ilaç tavsiye ettiğini belirlemiştir [65]. Ankara'da bir hastanede ayaktan tedavi olan hastalarla yapılan bir çalışmada, hastaların %75,5'inin hekime danışmadan, %13,2'sinin kendi kendine, yanlış ilaç kullandığı ve %24,5'inin kendisinin kullandığı bir ilacı başkasına da önerdiği bulunmuştur [66]. Uskun ve arkadaşlarının da sağlık ocağına başvuru öncesinde hastaların %93,8'inin kendisi veya ailesinden birinin önerisi ile %78' inin eczacı önerisi ile ilaç kullanımına başlamaktadır [67]. Bir diğer bilgi kaynağı ise son kullanıcı için daha uygun ve kullanışlı olan çoğunlukla kendi kendine tedavi ilaçlarının terapötik ve yan etkileriyle ilgili bilgiye ulaşmayı ilerleten teknolojik gelişmelerle mümkün kılınan sağlık bilgi patlamasıdır [68, 69].

2.7. Reçetesiz Tedavilere Yönelik Genel Bakış

Dünya çapında, özellikle gelişmiş ülkelerde, araştırmalar modern tüketicilerin kendi sağlıklarının bakımında daha büyük bir rol almak istediklerini ve özellikle ağrı kesiciler, antibiyotikler, histamin H2 reseptör blokeri, topikal kortikosteroid, mantar önleyici ve doğum kontrol hapı kullanımında sadece ara sıra profesyonel tavsiye aldıklarını göstermiştir [70, 71, 72].

Ekonomik açıdan yoksul toplumlarda, hem gençlerde hem de yaşlılarda hastalıkların büyük bölümü reçetesiz ilaç kullanılarak kendi kendine tedavi yoluyla tedavi edilmektedir [73]. Kötü sosyo ekonomik durum ve modern ilaçların yüksek fiyatı bir çalışmada bu durumun en yaygın sebepleri olarak belirtilmektedir [74, 75]. İlaçların alınmasında ekonomik durum belirleyici olmaktadır. Gökalp ve arkadaşlarının ekonomik durumun ilaç alımında etkili bir faktör olduğunu belirtmiştir [46].

Çalışmalar reçetesiz ilaç kullanımı için sosyo ekonomik sınıflar karşısında hafif seyreden hastalıklar, kolaylık ve zaman sıkıntısının en tanınmış sebepleri olduğunu göstermektedir [76, 77].

Benzer bir çalışmada sağlık ocağına uzak yerde oturan, eğitim durumu yüksek bireylerde muayene olmadan ilaç kullanma sıklığı daha yüksektir [78].

Reçetesiz ilaç kullanım çalışmaları 65 yaş üstü yetişkinlerin yaklaşık %50'sinin düzenli olarak reçetesiz ağrı kesici ve vitamin kullandığını, %23'ünün düzenli olarak antasitler (mide ekşimesine karşı ilaç) kullandığını ve %10'unun düzenli olarak soğuk algınlığı ilaçları ya da antihistaminler (alerji ve kaşıntıyı önleyen ilaçlar) kullandığını göstermektedir [79].

Reçetesiz ilaç kullanımı kadınlar arasında yaygındır. Kadınların genellikle reçetesiz ilaçları, özellikle ağrı kesicileri kullanma olasılığı erkeklerden daha yüksektir. Farklı ülkelerden alınan çalışmalar benzer bulguları göstermektedir [80, 81]. İskoçya'da yapılmış bir çalışma kadınların reçetesiz ilaçları özellikle ağrı

kesicileri erkeklerden daha çok kullandığını göstermiştir [82]. Benzer bir bulgu İstanbul'daki reçetesiz ilaçlarla ilgili üniversite öğrencilerinin durumunda Ahmet Akıcı ve arkadaşları tarafından da gözlemlenmektedir [83].

Birkaç çalışmada sosyodemografik ve sosyoekonomik faktörler kendi kendine tedaviyi etkileyen temel yardımcı faktörler olarak bulunmuştur [31]. Eğitim durumu ve reçetesiz ilaç kullanımına yönelik tutum arasındaki ilişkiye dayanan farklı çalışmalar eğitim seviyelerindeki farklılıkların daha genç ve orta sınıf hastaların her hastalık için her zaman önemli olmadığını kabul ettiği bulgu için sorumlu olabileceğini bulmuş ve sosyal sınıflar arasındaki farklılığın istatistiksel olarak önemli olduğu sonucuna ulaşmıştır [76, 84].

İlaç kullanımları hakkında bir üniversite hastanesine başvuranların tutum ve davranışlarıyla ilgili Özkan ve ark. tarafından Türkiye'de yürütülmüş bir çalışma sağlık bilgi düzeyinin, eğitim durumunun ve sağlık merkezlerinden beklentilerin kişinin ilaç kullanımını etkilediğini göstermektedir [65].

2.7. Kendi Kendine Kullanılan İlaçların Algısı

Kendi kendine tedaviyle ilişkili olan sağlık tehditleri kişilerin ve toplumların tüm sağlığını etkiler [85]. Eczaneler hiçbir soru sormadan bazı haplar verir ve insanlar çocuklar için bile reçetesiz ilaçları satın alır [86]. Birçok hasta reçetesiz ilaçları daha güvenli, daha güçlü, daha etkili olarak düşünür ve hatta bu ilaçları hamilelik esnasında kullanır çünkü bu ilaçlar reçetesiz alınabilir ve mağazalarda açık bir şekilde satılır ve aileler evlerinin belirli bir yerinde bu ilaçlara sahiptir ve hatta bunları çocuklarına verir [87].

Amerika'daki bir tüketici anketi Amerikalıların üçte birinin ürünün etkililiğini arttıracığına inanarak reçetesiz bir ilacın tavsiye edilen dozundan daha fazlasını aldıklarını söylediğini göstermektedir [88]. Ayrıca Macaristan'daki bir başka araştırma birçok insanın (hastaların %44'ü) ilaçların yan etkilerini çoğunlukla bildiğini sandığını ortaya çıkarmıştır. Aynı araştırmada insanlar günde birçok kez medyada reklamı

yapıldığı için reçetesiz ilaçları güvenilir olarak algılamaktadır [89]. İtalyan deneklerin %5'i bazı ürünlerin (laksatif gibi) aşırı tanıtımları nedeniyle nadiren ilaç olarak düşünürmüştür [90]. Amerikalıların bir alt kümesi için reçetesiz ilaçların aşırı kullanımının çok yaygın olduğu kanısı vardı; %41'i bunun için reçetesiz ilaçların herhangi bir probleme yol açmada çok zayıf olduğu sebebine inanmıştır [91]. Birkaç yıl önce Maiman ve diğerleri annelerin çocuklarına reçetesiz ilaç verdiği zaman reçeteli ilaç verdiği zamankinden daha az itina gösterdiğini hissedebileceğini bulunmuştur [92].

Riskin kabul edilebilirliği hakkında 553 Amerikalının raporunda 75 denek birçok reçetesiz ilacın yan etkisinin olmadığına inanmıştır [93]. İngiltere'den alınan nitel veri genellikle tüketicilerin reçetesiz ilaçların faydalarına odaklanmayı tercih ederek reçetesiz ilaç kullanımının risklerini düşünmediğini göstermektedir [94, 95].

2.8. Kendi Kendine Tedavi İçin Kullanılan Reçetesiz İlaçlar

Reçetesiz ilaç kategorileri [96]:

- Antiseptikler,
- Analjezikler ve Antipiretikler,
- Vitamin ve Mineral Suplemanları,
- Antasit ve Gastrointestinal İlaçlar (Antasitler, Laksatifler, İshal Kesiciler ve Antihelmintikler),
- Antitüssifler,
- Burun Tıkanıklığı Gidericiler,
- Deri ve Lokal İlaçlar,
- Hemoroid Bileşimleri,
- Antifungal İlaçlar
- Antihistaminikler

Yaygın olarak kullanılan ilaçlar toplumdan topluma değişmektedir. En yaygın reçetesiz ilaçlar ağrı kesiciler, soğuk algınlığı ve öksürük ilaçları, antihistaminikler, sıtma ilaçları, antasitler, laksatifler [97], antibiyotikler ve vitaminlerdir [98]. Bu ilaçlar eğitilmiş olarak kullanıldığı zaman yardımcı olabilir ve kısa vadeli çözümlerdir.

Dünya çapındaki birkaç araştırmada ağrı kesicilerin kendi kendine tedavi için kullanılan en yaygın reçetesiz ilaç olduğunu belirtmiştir; Amerikalı yetişkinlerin önceki yapılan çalışmalarda genel nüfusta reçetesiz ilaçların önemini göstermektedir. Onların nüfusun ortalama %20'si bir haftada alınan ilaçların en çok kullanılanının reçetesiz ağrı kesiciler olduğunu göstermektedir [99]. Antimikrobik ilaçlar kendi kendine tedavi için çok fazla kullanılmazken parasetamol ve non-steroidal antiinflatuvar ilaçlar en çok kullanılan ilaç sınıfındadır ve çoğunlukla reçeteyle alınır ve Nepal'de kullanılan antibiyotiklerin yaygınlığıyla karşılaştırıldığında oldukça düşüktür [100].

Benzer gözlemler Türkiye'de de yapıldı, hastaneye başvuru öncesinde en sık kullandıkları ilacın ağrı kesici ve antibiyotik olduğunu bildirmişlerdir, sağlık ocağına başvuru öncesinde hastaların %76,2'sinin analjezik ilaç kullandığı ve %74,7'sinin evde bulunan ilaçlardan aldığı saptanmıştır [101]. Güngörmüş'ün çalışmasında da reçetesiz olarak en fazla ağrı kesici(%53,5) ilaçların kullandığı bunu vitamin ve antibiyotik türü ilaçların izlediği saptanmıştır [29]. Kayseri'de yapılmış bir çalışmada, araştırılan evlerin %84,6'sında ağrı kesici ilaç bulunduğuna, bunların %24,0'ünün reçete olmaksızın eczaneden ve %10,8'inin eczane dışında başka bir kurumdan elde edildiği belirlenmiş, hekim önerisi olmadan ağrı kesici alma ve evde bulundurma oranı yüksek bulunmuştur [102]. Yapılan farklı çalışmalarda da, bireylerin doktora başvurmadan kullandıkları ilaçların büyük çoğunluğunu ağrı kesici, ateş düşürücü ve antibiyotik türü ilaçların oluşturduğu ifade edilmektedir [103, 104].

2.9. Reçetesiz İlaçların Başarısızlığı

Çalışmalar kendi kendine tedavi için reçetesiz ilaçların kullanımının istenen şekilde sonuçlandığını göstermesine rağmen hala kendi kendine tedavinin uygunsuz uygulaması nedeniyle başarısız sonuçlarının kanıtları kaydedilmektedir. Yanlış tanı koyma, aşırı doz, uzun tedavi süreci, istenmeyen ya da ölümcül ilaç etkileşimi [30], farmakolojik ve toksikolojik riskler genellikle olumsuz reaksiyon ve ileride uzun acı çekme gibi ciddi sağlık tehditlerine yol açan patojenlerin artmış direnci, kaynakların [105] israfıyla ilişkili problemlerle birleşmiş reçetesiz ilaçların uygunsuz kullanımıyla ilişkilidir [106].

William Osler'e göre ilaç alma isteği muhtemelen insanı hayvanlardan ayıran büyük bir özelliktir [107]. Yine de kişinin tüm ilaçların zehirli olduğunu ve tedavide ilaçların gerekçeli kullanımının hesaplanabilir bir riske dayandığını unutarak kendi kendine ilaçlar almaya başladığı zaman bu istek büyük bir zarara neden olabilir [68]. Kendi kendine tedavinin asıl eksiği durumun uygun tedavide geciktiren ve kaybedilmiş tanıyla sonuçlanabilen eğitimli bir tıbbi meslek tarafından klinik değerlendirmesinin eksik olmasıdır [59, 108, 109].

Reçetesiz ilaçlarla yapılan kendi kendine tedavi iyi sonuçlar yaratabilir ve hasta için uygun bir uygulama olabilirken, bakteriyel direnç, bağımlılık, dijestif kanama, aşırı duyarlılık reaksiyonları ve ilaç geri çekilme belirtileri gibi ciddi sağlık risklerine neden olabilir [30, 110]. Bu risklere ek olarak belirtilerin geçici çaresinin gerçekte asıl hastalığı saklayabileceği vurgulanmalıdır [59, 111].

Raporlar parasetamol, yüksek dozdaki ateş düşürücü ve ağrı kesicilerin karaciğer yetmezliğine neden olabileceğini kanıtladı. Parasetamol zehirliliği, bir hayli, hem Amerika'da [112] hem de İngiltere'de [113] akut karaciğer yetmezliğinin en yaygın sebebidir. Çok fazla tanıtılmayan Parasetamol tüketilmiş kahve ya da ilaç kullanımıyla ilişkili aşırı alkol tüketimi eşi benzeri olmayan karaciğer yetmezliği oranlarına neden olabilir [114].

Son olarak, Dünya Kendi Kendine Tedavi Endüstrisi'ne göre, güvenilir reçetesiz ilaçla kendi kendine bakım kronik hastalıkların önlenmesinde önemli bir rol oynayabilirken, iyi sağlık hizmeti sistemlerinin olmadığı ya da zayıf olduğu gelişen ülkelerin pek çoğunda kendi kendine tedavinin kötü şekli kendi kendine reçetedir. Asya ve Amerika kıtasının bir kısmındaki çalışmalara göre kendi kendine reçete antibiyotik direncinin başlıca sebebidir [115].

2.10. Aile Hekimliği WONCA Tanımı

Aile Hekimliği; kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır [116].

2.11. Aile Hekimi Çekirdek Yeterlikleri;

Aile Hekimleri çekirdek yeterliliklere sahip olmalıdır [116]. Çekirdek sözcüğü, uygulandıkları sağlık sistemine bakmaksızın disiplin için zorunlu olan yeterlilikleri kapsar. Disiplini tanımlayan 11 temel özellik, her uzman aile hekiminin bilmesi gereken 11 yeteneği belirler. Aile Hekimliği çekirdek yeterlilikleri 'WONCA Ağacı' olarak bilinen resimde özetlenmiştir (Şekil 1).



Şekil 1: WONCA Ağacı

Aile Hekimliği çekirdek yeterlilikleri altı ana başlık altında toplanabilir:

1) Birinci basamak yönetimi aşağıdaki yetenekleri kapsar:

- Hastalarla ilk teması yönetme ve seçilmemiş sorunlarla baş etme,
- Tüm sağlık durumlarını kapsayabilme,
- Birinci basamaktaki diğer sağlık çalışanlarının ve disiplin uzmanlarının sunduğu sağlık hizmetini koordine edebilme,
- Etkin ve amacına uygun sağlık bakımı sunumunu ve sağlık hizmeti kullanımını sağlayabilme,
- Hastanın sağlık sistemi içindeki uygun hizmetlerden yararlanmasını sağlama,
- Hastanın savunuculuğunu yapma.

2) Kişi merkezli bakım aşağıdaki yetenekleri kapsar:

- Hastalarla ve hastanın yaşadığı ortamda oluşan sorunlarla ilgilenirken kişi merkezli bir yaklaşım benimseme,
- Aile hekimliği uygulamasındaki hasta görüşmesi sürecinde hastanın özerkliğine saygı göstererek etkin bir hekim-hasta ilişkisi oluşturma,
- İletişim kurma, öncelikleri belirleme ve hasta ile işbirliği yapma,
- Hastanın gereksinimleriyle belirlenmiş sağlık bakımının zaman içindeki sürekliliğini sağlama; süre giden ve koordine bir sağlık bakımı yönetimi.

3) Özgün problem çözme becerileri aşağıdakileri kapsar:

- Özgün karar verme süreçlerini rahatsızlıkların toplum içindeki prevalans ve insidansı ile ilişkilendirme,
- Öykü, fizik bakı ve laboratuvar incelemelerinden bilgi elde etme ve yorumlamada seçici davranma ve bu bilgileri hasta ile işbirliği içinde uygun bir yönetim planı oluşturmada kullanma,
- Laboratuvar incelemelerini basamaklı olarak isteme,
- Gerektiğinde acil girişimde bulunma,
- Erken dönemde ve ayrılaşmamış olarak ortaya çıkan durumları yönetme,
- Tanı ve tedavi girişimlerini etkili ve verimli bir şekilde kullanma.

4) Kapsamlı yaklaşım aşağıdaki becerileri içerir:

- Bireydeki çok sayıda yakınma ve patolojiyi, hem akut hem de kronik sağlık sorunlarını aynı anda yönetme,
- Sağlığı geliştirme ve hastalıkları önleme stratejilerini uygun bir şekilde kullanarak sağlık ve iyilik durumunu geliştirme,
- Sağlığı geliştirme, koruma, tedavi, bakım, palyasyon ve rehabilitasyon hizmetlerini yönetme ve koordine etme.

5) Toplum yönelimli olma aşağıdaki yeteneği kapsar:

- Hastaların sağlık gereksinimleriyle onların içinde yaşadıkları toplumun sağlık gereksinimlerini, var olan kaynakların kullanımı açısından bir denge içinde uzlaştırabilme.

6) Bütüncül yaklaşım - modelleme aşağıdaki yeteneği kapsar:

- Kültürel ve varoluş boyutlarını dikkate alan biyopsikososyal yaklaşım modeli uygulama.

Aile Hekimi bu yeterlikleri şu üç alanda göstermelidir:

a) Klinik görevler:

- Çok geniş yakınma, sorun ve hastalık yelpazesini ortaya çıktıkları şekliyle yönetebilme,
- Uzun süreli bakım ve izlemde uzmanlaşma,
- Tıbbi kanıtları ve kişisel deneyimi etkin bir şekilde dengeleme.

b) Hastalarla iletişim:

- Hasta görüşmesini yapılandırabilme,
- Hastaya kolayca anlaşılabilir bilgi sunma, girişimleri ve bulguları açıklama,
- Çeşitli duygu durumları ile uygun şekilde baş etme.

c) Uygulama merkezinin yönetimi:

- Hastalar için uygun bir ulaşılabilirlik sağlama,
- Uygulama birimini etkin bir şekilde düzenleme, donatma, finansal yönetimini sağlama; uygulama birimi ekibiyle işbirliği yapma,

- Diğer birinci basamak çalışanları ve diğer uzmanlarla birlikte çalışma.

Kişi merkezli bir disiplin olarak şu üç özellik temel kabul edilmelidir:

- a) Bağlamsal: Kişi, aile, toplum ve kültürleri arasındaki bağlantısal ilişkileri kullanma.
- b) Tutumsal: Doktorun mesleki yeteneklerine, değerlerine ve etiğe dayalı olma.
- c) Bilimsel: Tıbbi uygulamaya eleştirel ve araştırmaya dayalı bir yaklaşım gösterme ve sürekli öğrenme ve kalite geliştirme yoluyla bunu sürdürme [116].

2.12. Ülkemizde Aile Hekimliği Uygulaması

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın bir parçası olarak 09.12.2004 tarih ve 25665 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun ile ilk olarak 2005 yılında Düzce ilinde aile hekimliği uygulaması başladı [117]. Daha sonra 2006 yılında Eskişehir, Bolu, Edirne, Adıyaman, Denizli ve Gümüşhane illerinde aile hekimliğine geçildi [118]. 2010 yılında 46 ile yayıldı ve 2011 yılına gelindiğinde sağlık ocakları tamamen kapatılarak tüm Türkiye'de aile hekimliğine geçiş sağlandı [119, 120].

Aile hekimliği sistemine geçişle birlikte ülkemizde anne-bebek ölümlerinde ciddi azalmalar görülmüş ve aşılama oranlarında Avrupa seviyelerine yaklaşılmıştır [121]. 2006 yılında binde 22,3 olan bebek ölüm hızı, 2010 yılında binde 10,1 ve 2014 yılında binde 7,6'ya kadar gerilemiştir. Yine 2006 yılında yüz binde 28,5 olan anne ölüm oranı, 2010 yılında yüz binde 16,4 ve 2014 yılında yüz binde 15,2 ye gerilemiştir. 2002 yılında % 78 olan aşılama oranı 2014 yılında % 96'ya yükselmiştir.

Sağlık belirteçlerindeki bu iyileşmeler aile hekimliğinin başarısı olarak yorumlanabilir. Söz konusu başarı tesadüf değildir, sistemle ilgilidir. Bu başarının sebeplerinden biri, hastaların gün geçtikçe aile hekimleri ile daha fazla temas kurmasıdır. Gebelerin aile hekimliği sisteminde en az dört kez muayene ediliyor olması ile sorunlu gebeliklerin erken tespitinin önünü açılmıştır. Aksatılan gebe

muayenelerinin negatif performans sebebi olarak değerlendirilmesi, konunun sağlık yöneticileri tarafından ne kadar önemsendiğinin bir işaretidir.

Çocuk aşılanmaları ve periyodik sağlam çocuk muayeneleri de elektronik ortamda takip edilmektedir. Aile hekimleri aylık olarak hangi çocuğu muayeneye davet etmesi gerektiğini bilgisayar ortamında takip edebilmekte ve böylece kişi kaynaklı hata yapma veya gözden kaçırma riski söz konusu olmamaktadır. Çocukların boy ve kilo gibi değerleri programa girildiğinde herhangi bir aksaklık varsa sistem hekimi uyarmaktadır. Sonuç olarak aşilar ve büyüme gelişme standart bir takvimle takip edilmektedirler.

2.13. Hasta Memnuniyeti

Hasta memnuniyeti, "hastanın değer ve beklentilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hastanın kendisi olduğu bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt" olarak tanımlanmaktadır [122]. Hasta memnuniyeti, verilen hizmetin hastanın beklentilerini karşılaması ya da hastaların verilen hizmeti algılamalarına dayanmaktadır. Hizmetin kalitesini temelde hastanın memnuniyet düzeyi belirlemekte ve bu süreçte hastanın başvurusundan, teşhis, tedavi ve bakım sonuçlarının alınmasına kadar geçen tüm faaliyetleri içermektedir [123].

Hastaların sağlık sistemi hakkındaki düşüncelerini öğrenmenin en doğru ve geçerli yolu, onların düşüncelerini belirlemek amacıyla hazırlanmış sistematik değerlendirme araçlarını kullanmaktır. Hasta memnuniyeti araştırmalarının amacı, hastaların aldıkları hizmetin kalitesini nasıl bulduklarının öğrenilmesi, onların memnuniyetini etkileyen faktörlerin öncelik sırasının belirlenmesi, kurumu tercih nedenleri, kurumdan beklentileri, hizmet sunum sürecinde yaşanan uygunsuzluklar ve hizmet sunum tarzının bu beklentileri karşılayacak şekilde tasarlanması şeklinde sınıflanabilir [124].

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörler:

1. Hastaya Ait Faktörler: Bireyin geçmiş deneyimleri, çevresinden edindiği bilgiler, yazılı ve sözlü basın aracılığı ile edindiği beklentileri, yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal statüsü, sağlık durumu, tanısı, hastanın kendi sağlık durumunu algılayışı, psikolojik durumu ve zihnindeki kalite tanımı hasta memnuniyetini etkilemektedir [124, 125].

2. Hizmet Verenlere Ait Faktörler: Sağlık personelinin kişilik özellikleri, profesyonel tutumları, bilgi ve becerilerini sunma biçimleri, gösterilen ilgi ve alaka ve özellikle hasta-hekim ilişkisi hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır [124]. Hastaların aynı sağlık merkezini tekrar seçme eğilimlerinin, merkezin teknik ve klinik faktörlerinden etkilenmediği ancak bu tercihte en etkili faktörün kurum personelinin tutum ve davranışları olduğu tespit edilmiştir [124, 125].

3. Çevresel ya da Kurumsal Faktörler: Sağlık hizmet biriminin ulaşılabilirliği, ortamı (aydınlatma, bekleme odalarının durumu gibi), çalışma saatleri, otopark, temizlik hizmetlerinin kalitesi gibi çevresel ve kurumsal faktörler hasta memnuniyeti üzerinde önemli rol oynamaktadır [124]. Hastaların fikirlerinin dikkate alınması, hasta ihtiyaçlarına en iyi şekilde cevap vermeyi amaçlayanların son yıllarda üzerinde durduğu bir konudur. Bununla birlikte hasta memnuniyetinin, kaliteli hizmetin bir parçası olduğu ve bu alandaki performansın ölçülmesi gerektiği kabul edilmektedir [124, 126]. Hasta memnuniyeti, sağlık personelinin iletişime açık, ilgili, destekleyici, hasta beklentilerini göz önüne alan davranış ve tutum sergilemesiyle artmaktadır. Bu açıdan sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için gerekli olan bilgi, teknoloji ve personel gibi stratejik öğelerin kullanılmasında, hasta beklenti ve memnuniyetinin dikkate alınması gerekmektedir [124, 127]. Hasta memnuniyeti doğrudan ve dolaylı yöntemlerle ölçülebilir. Doğrudan yöntemler, memnuniyet düzeyinin, önceden belirlenmiş olan parametreler bazında hastaya doğrudan sorulduğu yazılı anket, yüz yüze görüşme, telefon anketi gibi yöntemlerdir. Dolaylı yöntemler ise, memnuniyet düzeyinin hastaya doğrudan sorulmadığı, gerek hasta yakınması ve teşekkürleri gibi hastanın kendiliğinden verdiği geribildirimler, gerekse "hasta başına düşen hemşire sayısı" gibi hastayı etkileyen ama hastanın bilmediği değerlerin elde edildiği yöntemlerdir. Doğrudan ve dolaylı yöntemlerin birbirlerine göre çeşitli avantajları saptanmıştır. Doğrudan yöntemlerin avantajları; soru ve

yanıtların amaca yönelik olması, sorunların ve iyileştirmeye açık konuların kolayca anlaşılabilir şekilde ortaya konması ve hastanın duygu ve düşüncelerinin direk olarak öğrenilmesidir. Dolaylı yöntemlerin avantajları ise herhangi bir müdahale olmadığı için rahatsız edici olmaması ve araştırmacı tarafından yönlendirilmemiş veri sağlamasıdır [128].

Hastalar almış oldukları sağlık hizmetinin alternatifleri ve kalitesi konusunda gerekli teknik bilgilere sahip olmadıkları için, bu hususta değerlendirme yaparken karşılaştıkları ortamı, davranışları, ilgiyi ve ortaya çıkan sonuçları kriter olarak kullanırlar ve aldıkları sağlık hizmetlerinden bu kriterlere uygunluğu oranında memnun olurlar. Hastalar doğal olarak, temiz ve güvenli bir ortam sağlanması, kaliteli hizmet verilmesi, kişilik haklarına saygı gösterilmesi ve iyi iletişim kurulması gibi beklentileri karşılandığında mutlu olurlar [129]. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin saptanması; sağlık kuruluşlarının üstünlük ve zayıflıklarını ortaya çıkarmalarına katkı sağlayabilir, hizmet veren kurumların birbiriyle rekabeti açısından önemli olabilir, hizmetlerden memnun olan hastaların hekim ve diğer sağlık personelinin önerilerine uyumunu arttırabilir. Aynı zamanda hasta memnuniyeti, var olan kaynakların etkin kullanımına karar vermek için gerekli bir kanıt olarak görülmektedir [127]. 2007 yılında Türkiye’de aile hekimliği pilot uygulamasının başladığı Düzce’de yapılan bir çalışmada katılımcıların sadece % 37,7’si aile hekimliği uygulamasından memnun olduklarını bildirmiştir. Memnuniyet belirten kişilerin % 33,3’ü ‘kolay ilaç yazdırabiliyoruz’, % 33,3’ü ‘aile hekimleri bize ilgili davranıyorlar’ ve % 9,4’ü ‘kendimize ait bir aile hekimimiz var bu yüzden memnunuz’ cevabı vermiştir. Daha sonraki yıllarda yapılan daha kapsamlı araştırmalarda aile hekimliği uygulamasından memnun olanlar kendilerinin aile hekimleri tarafından dinlendiği ve bu yüzden memnun olduklarını ifade etmişlerdir. Aynı çalışmada ayrıca hastaların muayene sırasında kendi fikirlerine başvurulduğu ve kendilerini daha rahat hissettikleri için memnun olduklarını söylemişlerdir. Bu çalışmada ‘telefonla aile hekimine ulaşma’ ve ‘randevu hizmetlerinden faydalanma’ konusunda hastaların en az memnun oldukları görülmüştür. Bunun sebebi, hekim başına düşen nüfusun ve dolayısıyla iş yükünün fazla olması olarak düşünülmüştü [130].

Aile hekimliği hizmet kalitesini değerlendirmede hastaların memnuniyeti ön planda tutulmaktadır. Sunulan sağlık hizmetinin geliştirilebilmesi için hizmet alıcıların memnuniyet durumları önemsenmelidir. Malatya ilinde 2015 yılında yapılan bir araştırmada kişilerin % 80,7'si aile hekimliği sisteminden memnun/çok memnun olduklarını bildirirken % 6,9'u memnun değil/hiç memnun değil şeklinde görüş bildirmiştir [131]. 2014 yılında Gümüşhane'de EUROPEP ölçeği uygulanarak yapılan bir araştırmada genel olarak hastalar aile hekimliğinden memnun bulunmuşlardır. Çalışmada genel memnuniyet düzeyi % 87,5 saptanmıştır. Kişilerin en az memnun olduğu konular aile hekimlerinin verdiği koruyucu hizmetler ve onların sorunları ile başa çıkabilmeleri için sunduğu destek olarak bulunmuştur [132].

Türkiye'de 2003 yılında yapılan sağlık reformu ile sağlık hizmetlerinde büyük bir değişimin içine girilmiştir. Kişilere verilen sağlık hizmetleri sosyal güvenlik kurumu (SGK) adı altında toplanmış, işçiler de dahil bütün nüfusun devlet hastanelerinden hizmet almasının önü açılmıştır. Aynı zamanda işçiler serbest eczanelerden de yararlanmaya başlamıştır. Bu değişim ülke sağlık ekonomisine ekstra bir yük getirirse de sosyal sigortalar kurumu (SSK) çalışanlarının hizmet alımında büyük kolaylık sağlamıştır. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyeti, beklentileri ve ihtiyaçları hizmet kalitesinin değerlendirmesinde yaygın olarak ölçülmektedir. Bu değerlendirmeler sağlık çalışanlarının performans ödemelerinde dikkate alınmaktadır. Bu durum ikinci basamak sağlık hizmetlerinde olduğu kadar dolaylı olarak birinci basamak hizmetlerinde de bu şekilde uygulanmaktadır [133].

Aktürk ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada Türkiye'de 2010-2012 yılları arasında birinci basamak hizmetlerinden memnuniyet oranı yüksek bulunmuştur. İç Anadolu bölgesi hastaların en düşük memnuniyet değerlerine sahipti. Bu durum bölgenin düşük sosyoekonomik imkanları ile açıklanmaya çalışılmıştır. Araştırmada en yüksek memnuniyetin hasta-hekim ilişkilerinde olduğu tespit edildi. Hasta memnuniyetinin yüksek bulunması değiştirilen ödeme sistemine bağlanmıştır. Hasta sayısı artan aile hekimi diğerlerinden kayda değer oranda daha yüksek ödeme almaktadır. Aynı zamanda aile sağlığı merkezlerinde hasta konforunu arttırıcı önlemler daha yüksek ödemelerle desteklenmiştir. Çalışmada nispeten düşük

memnuniyet değerleri ‘ulaşılabilirlik’ başlığı altında toplanmıştır. Ulaşılabilirlikten kasıt telefonla ulaşım, randevu sistemi ve muayene bekleme sũresidir. Yurt dışında yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir. Dũřũk ulaşılabilirlik yũksek acil servis başvurularına zemin hazırlamaktadır [133].

Aktũrk ve ark. yaptıkları çalışmada hasta memnuniyetinin yıllar içinde olumlu yũnde değiştiğini gũstermiřlerdir. Bu durum hasta ve hekimlerin sisteme adaptasyonu ile ilişkilendirilmiştir. 2003 Sağlık Reformunda hastalara hekim seçme ȳzgũrlũęũ hakkı verilmiştir. Hasta tekrarlayan başvurularında hekimini kendi seçtiği için memnuniyet oranının yũkselmesi beklenen bir durum olarak yorumlanmıştır [133]. Hasta memnuniyet araştırmaları ile hastaların memnun olmadığı konu başlıklarının belirlenmesi, daha iyi bir aile hekimliği sistemine ulaşabilmenin en ȳnemli gerekliliklerdendir. ȳrneęin Aktũrk ve ark. alışmalarında ‘Hekimin ȳnceki gȳrũřmelerde yaptıklarını ve sȳylediklerini bilmesi’ ve ‘Doktor dışı personelin yardımı’ sorularına verilen cevaplarda memnuniyet dũřũk bulunmuştur [133]. Ȑlkemizde yapılan çalışma sonuçları, EUROPEP ȳleęi kullanılarak Avrupa’da yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında Ȑlkemizde birinci basamak hizmetlerinden memnuniyet Avrupa ortalamasından daha yũksek bulunmuştur. Avrupa’da yapılan araştırmalarda bekleme sũreleri ȳn plana çıkmıştır. Bekleme sũrelerinin uzunluğu, randevu sisteminin aktif kullanılmamasına bağlanmıştır [133]. Avrupa Ȑlkelerinde ‘Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması’ sorusuna verilen cevaplardan bu konudaki memnuniyetin % 71- % 85 arasında değiştiğini gȳrmekteyiz. Dağdeviren ve ark. yaptıkları bir çalışmada bu oran % 60,2 bulunmuştur [134]. Wensing ve ark. yaptıkları bir çalışmada ‘Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması’ sorusuna % 93,7 olumlu cevap almışlardır, bu oran Ȑlkemizde yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlarla karşılaştırıldığında çok yũksektir. Bu durum kũltũrel etkiler, eğitim ve sağlık sisteminin yapılanması vb. sebeplerle açıklanmaya çalışılmıştır [135].

2.14. Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri, DSÖ tarafından, belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinden yararlanılarak, toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını, her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle ülke çapında ele alan kalıcı bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Daha çağdaş bir yaklaşımla yapılan diğer bir tanımda sağlık hizmetleri, “Sağlığı korumak ve daha iyiye götürmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek ve böylece kişinin mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için uğraşan bir toplumsal hizmettir.” şeklinde tanımlanmıştır [136].

Sağlık hizmetlerinin temel amacı, kişilerin hasta olmamalarını sağlamak, yani onları hastalıklardan korumaktır. Ancak her türlü çabaya karşın herkesi, her hastalıktan korumak mümkün olmaz, bazıları hastalanır. İşte o zaman, sağlık hizmetlerinin ikinci amacı olan “hastaların tedavisi” söz konusu olur. Bugünkü bilgilerimizle ve var olan yöntemlerle her hasta tam olarak tedavi edilemez; bazıları ölür, bazıları ise sakat kalır.

Sağlık hizmetlerinin üçüncü amacı, sakatlığı olan bireylerin başkalarına bağımlı olmadan, kendi kendilerine yeter biçimde yaşamalarını sağlamak, yani rehabilite etmektir. Çağımızdaki temel sağlık hizmetleri anlayışı, 1978 yılında Kazakistan’ın başkenti Alma-Ata’da, hemen bütün ülkelerin ve ilgili uluslararası kuruluşların katılımı ile toplanan Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı’nda tartışılmış ve şekillendirilmiştir.

Toplantı sonunda yayınlanan Alma-Ata Bildirgesi’ndeki tanıma göre: “*Temel sağlık hizmetleri (TSH), bir toplumdaki birey ve ailelerin geneli tarafından kabul edilebilecek yollardan, onların tam olarak katılımları ile, ülke ve toplumca karşılanabilir bir harcama karşılığında onlara götürülen esas sağlık hizmetidir. TSH, ülkenin sağlık hizmetlerinin çekirdeğini oluşturur ve genel anlamdaki toplumsal ve ekonomik kalkınmanın vazgeçilmez bir parçasıdır. TSH, ulusal sağlık sistemlerinin, insanların yaşadığı ve çalıştığı yerlerin mümkün olduğu kadar yakınına götürülmüş,*

bireylerin, ailelerin ve toplumların ilk başvuru yeri olan, sağlık hizmeti zincirinin birinci halkasını oluşturur". [137]

2.15. Sağlık Hizmetinin Sunumu

Sağlık hizmeti sunumunda temel amaç, hastalıkların önlenmesidir. Epidemiyolojik göstergelerde sağlanacak ilerlemeler bu amaca ulaşıp ulaşılmadığını kanıtlayabilir. Anne ve bebek ölümlerinin azaltılması ve doğumda beklenen yaşam süresinin arttırılması, bu amaca ulaşıldığının en somut örnekleridir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ülkemizde kademeli bir sağlık hizmeti sunum sistemi mevcuttur. Dört basamaklı olarak nitelendirilen bu sistem kapsamında Sağlık Bakanlığı planlayıcı ve denetleyici üst kurum olarak görev almaktadır.

Birinci basamak sağlık kuruluşları; sağlık evi, sağlık ocağı, aile sağlığı merkezi, ana-çocuk sağlığı-aile planlaması merkezi (AÇSAP), dispanserler, özel-kamu işyeri hekimliği, özel muayenahaneler ve bağımsız kuruluşlardır. Bu birimler, temel sağlık hizmetleri kapsamında yer alan hizmetleri sunarlar. Birinci basamakta hastalarla iletişim en fazla düzeydedir, ilk temas noktasıdır ve çoğunlukla sevkle ilgili önemli kararların alındığı yerdir. Birinci basamak sağlık hizmetleri, kronik hastalıkların yönetiminde artan rol üstlenmektedir. Hizmetin sürekliliğine dayanmaktadır. Birinci basamak hekimleri, hastalarla en çok temas edenlerdir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunda çok önemli yere sahiptir [138]. Sağlık hizmeti sunumunda, hizmetten yararlanan bireylerin memnuniyeti önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekli eğitimle geliştirilmesi ve güçlendirilmesi, çalışan hekimler ile diğer sağlık elemanlarının özendirilmesi, birey ihtiyaçlarının göz önünde bulundurulması koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi ve kabul edilebilir sevk sisteminin uygulanması ana ilkelerdir. Bu ilkelerin hayata geçirilmesi ile ikinci basamakta yığılma engellenecek ve gerçekten ikinci basamakta tedavi edilmesi gereken hastalara yeterince zaman ayrılacaktır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili sunumu, toplumun hastalık yükünü azaltacak, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşları daha kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi sunabilecektir. [139]

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu araştırma kesitsel analitik çalışma modelinde olup, Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Gaziemir 10 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışmanın katılımcıları Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Gaziemir 10 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş üstü bireyler arasından yaş ve cinsiyete oranlı basit rastgele seçilerek, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanarak yapılmıştır.

Araştırmanın evreni, Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Gaziemir 10 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 18 yaş üstü bireylerdir. Örneklem sayısı $n = [DEFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p(1-p)]$ formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Buna göre çalışmaya en az 333 kişi dahil edilecektir.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri

- Gönüllü olma
- 18 yaş ve üzerinde olma

Hariç bırakma kriterleri

- İletişim problemi olması
- Psikiyatrik hastalığı bulunması

3.3. Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırmada veri toplamak için yüz yüze görüşme yöntemi kullanılmıştır. 2019 yılının Aralık ayında Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Gaziemir 10 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne gidilerek örnekleme ulaşana kadar ASM'ye başvuran her hasta gönüllülük ve dışlama kriterlerine bakılarak çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik özellikler ve hasta bilgileri içeren anket, reçetesiz ilaç kullanımı ile ilgili sorular ve hastaların birinci basamak sağlık hizmetinden memnuniyet düzeylerini ölçen EUROPEP ölçeği örnekleme uygulanmıştır.

3.3.4. Sosyodemografik Bilgiler Anketi

Birinci anket formu kişinin demografik verilerini ve tanısı konmuş bir kronik hastalığı olup olmadığı sorularını yöneltmek amacıyla kullanılmıştır. Katılımcının yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği, aylık geliri ile ilgili sorular sorulmuştur. Anket Ek-2'de mevcuttur.

3.3.5. Reçetesiz İlaç Kullanım Anketi

Anketin ikinci kısmında ise reçetesiz ilaç kullanımı ile ilgili sorular sorulmuştur. Bu ankette; hekim reçetesi veya önerisi olmadan ilaç kullanıp kullanılmadığı, en çok hangi ilaçların kullanıldığı, hastaların reçetesiz ilaç kullanma sebebi, bilgi kaynağının ne olduğu, reçetesiz ilaç kullanımının doğru bulunup bulunmadığı ve hastaya iyi gelen bir ilacı bir yakınına tavsiye edip etmeyeceği soruları mevcuttur.

3.3.6. EUROPEP Ölçeği

EUROPEP ölçeği, 16 Avrupa ülkesinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, uluslararası kabul görmüş bir ölçektir. Uygulanan ülkelerde hekime geri bildirim sunmakta ve kendisini ulusal ve uluslararası normlarla kıyaslama imkânı vermektedir. İsviçre ve Fransa'da muayenehanesinde EUROPEP ölçeğini kullanan

hekimlere meslek örgütleri tarafından sürekli tıp eğitimi puanı verilmektedir [140]. EUROPEP ölçeği, hastanın aile hekimliğinden memnuniyetini değerlendirmede kullanılmaktadır. Hekim hasta ilişkisinden hekime erişilebilirliğe kadar 5 farklı durumu 23 soruda sorgulayan EUROPEP ölçeği ile acil servise başvuran hastaların hangi durumdan daha memnuniyetsiz olduğu sorgulanacaktır. Ölçeğin Türkçe geçerliliğini Aktürk ve ark. tarafından sağlanmıştır [141]. Ölçeğin güvenilirliği oldukça yüksek bulunmuştur. Bütün sorular için bakılan Cronbach alfa değeri 0,98 olarak hesaplanmıştır.

Ölçek, ilk 16'sı hekimlerin klinik davranışı ve izleyen 7'sinin de hizmet organizasyon yapısını değerlendirmeye yönelik olduğu toplam 23 sorudan oluşmaktadır.

3.3.6.1. EUROPEP Ölçeğinin Uygulanması ve Değerlendirilmesi

EUROPEP ölçeğinin muayenelerinde dağıtılması ve posta yoluyla toplanması önerilmiştir. Fakat çalışmamızın uygulandığı popülasyonun sosyal şartları göz önünde bulundurulduğunda bu şekilde bir uygulamanın katılımı çok düşüreceği ve araştırmanın masraflarını da çok fazla artıracığı düşünülmektedir. Bu yüzden çalışmamız için dağıtma-toplama tarzında uygulamaya karar verildi.

“İlgisiz/uygun değil” seçeneğini işaretleyenler hariç bırakılarak ortalama puanlar hesaplandı ve ölçekteki her bir sorunun madde analizi yapıldı.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bağımlı değişken; reçetesiz ilaç kullanımı ile ilgili bilgilerdir.

Bağımsız değişken ise yaş, cinsiyet, eğitim durumu, ekonomik durum gibi sosyodemografik özellikler ile hastaların birinci basamak sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyleridir.

3.5. Veri Analizi

İstatistiksel analizler için SPSS 24.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları, kategorik bağımsız değişken ve bağımlı değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, sayısal bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında ise t-testi veya ANOVA testleri yapıldı, P değeri<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

4.1. TANIMLAYICI BULGULAR

4.1.1. Demografik ve Bazı Tanımlayıcı Bulgular

Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Gaziemir 10 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne 2019 yılı Aralık ayında başvuran 18 yaş üstü bireyler çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların yaş ortalamaları 35,54 $\pm$ 12,53'tür.

Araştırmaya dahil edilen 333 katılımcının %58,6'sı (195) kadın, %41,4'ü (138) erkek olup, yaş gruplarına göre dağılımları; 18-29 yaş arası %38,4 (128), 30-39 yaş arası %28,8 (96), 40-49 yaş arası %18,3 (61), 50 yaş ve üstü ise %14,4 (48) kişi olarak bulunmuştur (Tablo 1). 18-29 yaş arası katılımcıların diğer yaş gruplarına göre daha fazla olduğu görüldü. Araştırmaya katılan bireylerin %29,4'ü(98) kronik hastalığı olduğunu, %70,6'sı(235) herhangi bir kronik hastalığa sahip olmadığını belirtti. Katılımcıların sosyodemografik verilerine ait ayrıntılar Tablo 1'de gösterilmiştir.

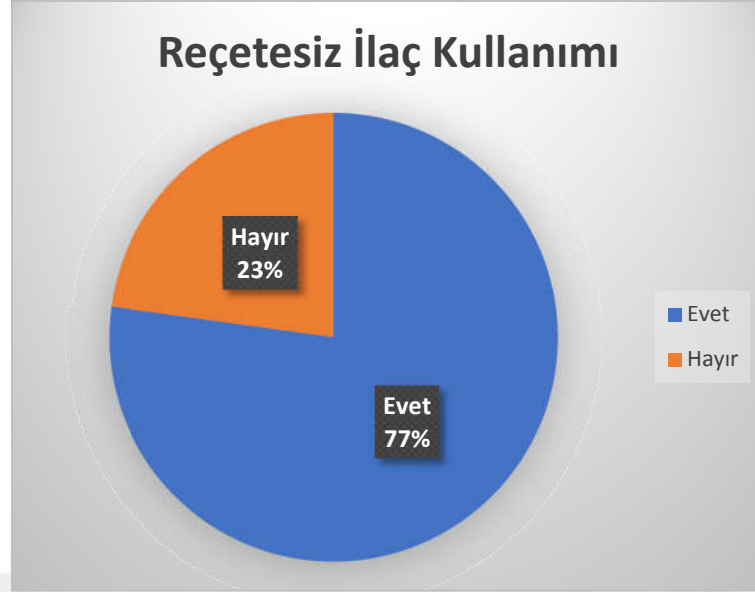
Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

	n	%
CİNSİYET		
Kadın	195	58,6
Erkek	138	41,4
YAŞ GRUPLARI		
18-29	128	38,4
30-39	96	28,8
40-49	61	18,3
>50	48	14,4
MEDENİ DURUM		
Evli	246	73,9

Bekar	87	26,1
EĞİTİM DÜZEYİ		
Okuryazar değil	12	3,6
Okuryazar	17	5,1
İlkokul	86	25,8
Ortaokul	61	18,3
Lise	99	29,7
Yüksekokul-Üniversite	58	17,4
GELİR DÜZEYİ		
Gelirim giderimden az	202	60,7
Gelirim giderime eşit	100	30
Gelirim giderimden çok	31	9,3
KRONİK HASTALIK		
Var	98	29,4
Yok	235	70,6
TOPLAM	333	100

4.1.2. Reçetesiz İlaç Kullanımı ile İlgili Bulgular

Katılımcılara ‘şimdiye kadar hiç doktor reçetesi veya önerisi dışında ilaç kullandınız mı?’ sorusu sorulduğunda %77,2(257)’si ‘Evet’, %22,8(76)’i ‘Hayır’ yanıtını verdi. Reçetesiz ilaç kullanımına göre dağılım Şekil 1’de gösterilmektedir.



Şekil 2. Katılımcıların reçetesiz ilaç kullanım durumu

Reçetesiz ilaç kullanan 257 kişi üzerinden yapılan değerlendirmede; katılımcıların %94,1'i ağrı kesici/ateş düşürücü, %21,4'ü vitaminler, %15,9'u sindirim sistemi ilaçları, %8,1'i antibiyotikler, %5'i solunum sistemi ilaçları, % 1,9'u ise bunlar haricindeki ilaçları reçetesiz olarak kullandığını belirtmiştir. Reçetesiz kullanılan ilaçlar Tablo 2'te gösterilmiştir.

Tablo 2. Reçetesiz kullanılan ilaçlar

	Sayı(n)	Yüzde(%)
Antibiyotik	21	8,1
Ağrı kesici/Ateş düşürücü	242	94,1
Sindirim sistemi ilaçları	41	15,9
Solunum sistemi ilaçları	13	5
Vitaminler	55	21,4
Diğer	5	1,9

Katılımcılara reçetesiz ilaç kullanım sebebi sorulduğunda %60,3'ü hastalığının ciddi olmadığını, %31,9'u önceki benzer durumda doktorun vermiş olduğu ilacı kullandığını, %15,5'i doktora gidecek vaktinin olmadığını, %7,3'ü muayene ücreti vermek istemediğini, %3,1'i sağlık merkezinin evine uzak olduğunu, %2,3'ü bunlar haricinde sebeplerinin olduğunu, %1,5'i ise sigortasının olmadığını belirtmiştir. Reçetesiz ilaç kullanan 257 kişi üzerinden yapılan ve birden fazla seçenek işaretlenebilen reçetesiz ilaç kullanımı için belirtilen sebepler değerlendirmesi Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Reçetesiz ilaç kullanımı için belirtilen sebepler

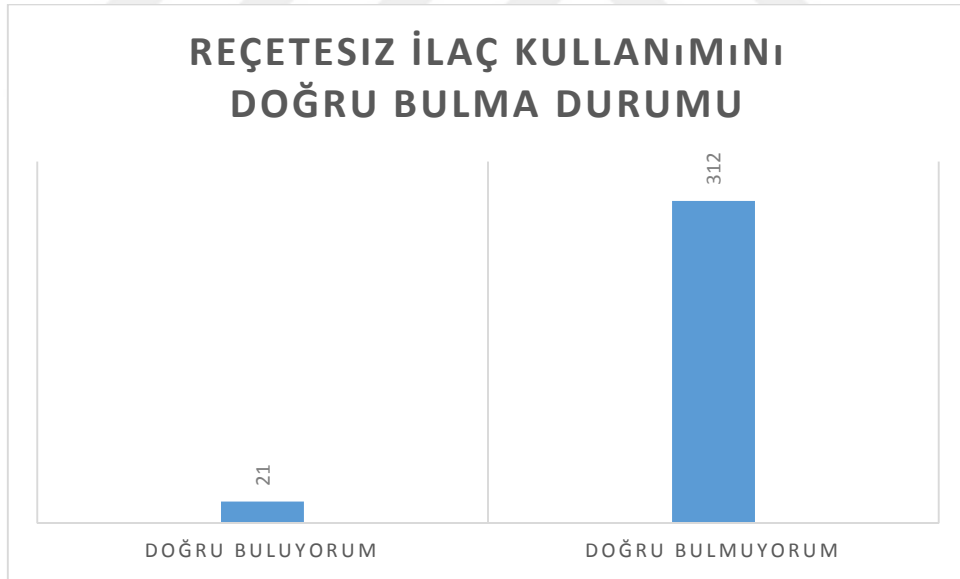
	Kişi sayısı(n)	Yüzde(%)
Doktora gidecek vaktim yok	40	15,5
Muayene ücreti vermek istemiyorum	19	7,3
Sigortam yok	4	1,5
Hastalığım ciddi değildi	155	60,3
Sağlık merkezi evime uzak	8	3,1
Önceki benzer durumda doktorun vermiş olduğu ilacı kullanıyorum	82	31,9
Diğer	6	2,3

Reçetesiz kullanılan ilaçlar hakkında bilgiyi nereden edindikleri sorulduğunda, katılımcıların %44,3'ü doktor, %36,9'u tanıdık/komşu/akraba, %23,7'si eczacı, %21,7'si internet, %8,9'u basın, %3,8'i ise diğer yanıtını vermiştir. Reçetesiz ilaçlar hakkındaki bilgi kaynakları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Reçetesiz kullanılan ilaçlar hakkında bilgi kaynakları

	n	%
Doktor	114	44,3
Eczacı	61	23,7
Basın	23	8,9
Tanıdık/Komşu/Akraba	95	36,9
İnternet	56	21,7
Diğer	10	3,8

Araştırmaya katılan bireylerin %6,3'ü reçetesiz ilaç kullanımını doğru bulduğunu, %93,7'si ise doğru bulmadığını belirtmiştir. Katılımcıların reçetesiz ilaç kullanımını doğru bulma durumları Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 3. Katılımcıların Reçetesiz İlaç Kullanımını Doğru Bulma Durumu

Araştırmaya katılan bireylere ‘size iyi gelen ilaçları benzer şikayetleri bulunan bir yakınınıza tavsiye eder misiniz?’ sorusu yönlendirildiğinde %70,6’sı tavsiye etmediğini, %13,5’i tavsiye ettiğini, %15,9’u ise bu soru hakkında fikrinin olmadığı belirtti(Tablo 5).

Tablo 5. Katılımcıların kullandıkları ilaçları benzer şikayetleri bulunan bir yakınına tavsiye etme durumu

	n	%
Tavsiye Ederim	45	13,5
Tavsiye Etmem	235	70,6
Fikrim Yok	53	15,9
TOPLAM	333	100

Tablo 6’da EUROPEP ölçeği madde puanlarının ortalamaları ve standart sapmaları gösterilmiştir. Madde puan ortalamasının en yüksek olduğu durum hekimin hastasını muayene etmesiydi(10. Soru). En düşük olduğu durumlar ise muayenehaneye ve doktora ulaşılabilirlik ile ilgili konulardı(20 ve 21. sorular).

Tablo 6. Tüm katılımcıların EUROPEP ölçeği madde puanlarının ortalaması

	n	Ortalama	SS
1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	333	4,1	0,91
2. Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	332	4,08	0,86
3. Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	330	4,09	0,84
4. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	326	4,01	0,87
5. Sizi dinlemesi	332	4,31	0,74
6. Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	314	4,35	0,8
7. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	333	3,98	0,88
8. Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	331	4	0,89

9. İşini tam yapması	332	4,34	0,72
10. Sizi muayene etmesi	333	4,37	0,74
11. Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler(aşı, izlem, tarama vb.)	329	4,29	0,85
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	330	4,19	0,86
13. Şikayetleriniz ve hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	332	4,23	0,82
14. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	322	3,85	1,07
15. Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	330	4,06	0,86
16. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	328	3,96	1
17. Uzman ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	307	4,05	0,93
18. Doktor dışı personelin yardımı	326	4,22	0,83
19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	327	4,12	0,92
20. Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	312	3,74	1,22
21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	308	3,49	1,29
22. Bekleme odasında harcadığınız zaman	325	3,81	1,08
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	312	4,07	0,9

Tablo 7’de katılımcıların EUROPEP ölçeği maddelerine göre aile hekimlerinden memnuniyet durumları gösterilmiştir. Katılımcıların en memnun olduğu durumlar aile hekiminin işini tam yapması(%90,1) ve hastayı muayene etmesiydi (% 87,1). Katılımcıların en memnuniyetsiz olduğu durumlar ise hekimine (% 55,2) ve aile sağlığı merkezine telefonla ulaşabilme (% 63,8) konularıydı.

Tablo 7. Katılımcıların EUROPEP ölçeğine göre memnuniyet durumu

	Memnun(%)	Kararsız(%)	Memnun değil(%)	Cevaplayan Sayısı
1. Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	80,2	15	4,8	333
2. Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	78	17,5	4,5	332
3. Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	79,7	16,4	3,9	330
4. Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	75,8	19,9	4,3	326
5. Sizi dinlemesi	85,2	13,9	0,9	332
6. Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	86,9	9,9	3,2	314
7. Şikayetlerinizi çabuk geçirmesi	73,9	21,3	4,8	333
8. Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	75,2	20,2	4,5	331
9. İşini tam yapması	90,1	7,5	2,4	332
10. Sizi muayene etmesi	87,1	11,4	1,5	333
11. Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler(aşı, izlem, tarama vb.)	85,1	11,9	3	329
12. Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	77,9	19,7	2,4	330
13. Şikayetleriniz ve hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	82,8	14,8	2,4	332
14. Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	65,8	23,6	10,6	322
15. Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	76,1	20,3	3,6	330
16. Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	71,3	18,9	9,8	328

17. Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	72,3	23,5	4,2	307
18. Doktor dışı personelin yardımı	82,5	13,8	3,7	326
19. Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	78,3	16,2	5,5	327
20. Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz	63,8	20,2	16	312
21. Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	55,2	20,5	24,4	308
22. Bekleme odasında harcadığınız zaman	68	21,2	10,8	325
23. Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	78,8	16	5,1	312

Tablo 8’de katılımcıların birinci basamak sağlık hizmetinden genel memnuniyet durumları gösterilmektedir. Katılımcıların %92,2’si memnun, %1,5’u kararsız, % 6,3’ü ise birinci basamak sağlık hizmetinden memnun değillerdi.

Tablo 8. Hastaların Genel Memnuniyet Durumları

	n(sayı)	%(yüzde)
Memnun Olan	307	92,2
Kararsız	5	1,5
Memnun Olmayan	21	6,3
TOPLAM	333	100

4.2. Analitik Bulgular

Tablo 9'da katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre reçetesiz ilaç kullanım durumları gösterilmiştir.

Reçetesiz ilaç kullanımı cinsiyete göre karşılaştırıldığında; kadınların(%77,4) reçetesiz ilaç kullanım sıklığı erkeklere(%76,8) göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Ancak cinsiyetler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p=0,894$). Evli bireylerin(%78,9), bekar bireylere(%72,4) göre reçetesiz ilaç kullanımı daha fazlaydı. Fakat medeni durumlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır($p=0,218$). Reçetesiz ilaç kullanım oranı en yüksek olan yaş grubu 50-59 yaş aralığıydı(%88,9), en düşük olan grup ise 60 yaş üstündeki katılımcılardı(%71,4). Yaş tabakaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır($p=0,202$).

Cinsiyet, medeni durum, yaş ve eğitim durumu değişkenleri ile reçetesiz ilaç kullanım durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Eğitim durumları arasındaki farka bakıldığında; lise altı olanların(%79,5), lise ve üstü olanlara(%74,5) göre reçetesiz ilaç kullanımının daha fazla olduğu saptanmıştır. Ancak eğitim durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır($p=0,276$).

Katılımcıların geliri giderinden çok olanların(%96,8) geliri giderinden az olanlara(%69,3) ve geliri giderinden eşit olanlara(%87) göre reçetesiz ilaç kullanımı anlamlı olarak daha fazlaydı($p<0,001$). Kronik hastalığı olanların(%87,8) olmayanlara(%72,8) göre reçetesiz ilaç kullanımı daha fazlaydı. Kronik hastalığın var olması ve yok olması durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p=0,003$).

Tablo 9. Sosyodemografik özelliklere göre reçetesiz ilaç kullanım durumu

		Reçetesiz İlaç Kullananlar(%)	Reçetesiz İlaç Kullanmayanlar(%)	TOPLAM (%)	P
Cinsiyet	Erkek	106 (76,8)	32 (23,2)	138 (100)	0,894
	Kadın	151 (77,4)	44 (22,6)	195 (100)	
Medeni Durum	Evli	194 (78,9)	52 (21,1)	246 (100)	0,218
	Bekar	63 (72,4)	24 (27,6)	87 (100)	
Yaş	18-29	92 (71,9)	36 (28,1)	128 (100)	0,202
	30-39	79 (82,3)	17 (17,7)	96 (100)	
	40-49	47 (77)	14 (23)	61 (100)	
	50-59	24 (88,9)	3 (11,1)	27 (100)	
	>60	15 (71,4)	6 (28,6)	21 (100)	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	12 (100)	0 (0)	12 (100)	0,121
	Okuryazar	14 (82,4)	3 (17,6)	17 (100)	
	İlkokul mezunu	62 (72,1)	24 (27,9)	86 (100)	
	Ortaokul mezunu	52 (85,2)	9 (14,8)	61 (100)	
	Lise mezunu	76 (76,8)	23 (23,2)	99 (100)	
	Yüksekokul-Üniversite mezunu	41 (70,7)	17 (29,3)	58 (100)	
Gelir Düzeyi	Gelirim giderimden az	140 (69,3)	62 (30,7)	202 (100)	<0,001
	Gelirim giderime eşit	87 (87)	13 (13)	100 (100)	
	Gelirim giderimden çok	30 (96,8)	1 (3,2)	31 (100)	
Kronik Hastalık	Var	86 (87,8)	12 (12,2)	98 (100)	0,003
	Yok	171 (72,8)	64 (27,2)	235 (100)	

Kadınların(4,14) EUROPEP puan ortalaması erkeklere(4) göre daha yüksekti, evli bireylerin de bekarlara göre daha yüksekti. Memnuniyet düzeyi en yüksek olan yaş grubu 30-39 yaş arasındakilerdi(4,12), en düşük olanlar ise 50-59 yaş arasındakilerdi(3,89). Eğitim durumunun memnuniyet düzeyleri üzerine etkisine bakıldığında memnuniyet düzeyleri en yüksek olan grup ilköğretim mezunlarıydı(4,12), en düşük olan grup ise okuryazar(3,91) olanlardı. Geliri giderine eşit olanlar(4,13) en yüksek EUROPEP puan ortalamasına sahipken, geliri giderinden çok olanlar(4,04)

en düşük ortalamaya sahipti. Kronik hastalığı olanların(4,18) memnuniyet düzeyleri olmayanlara(4,04) göre daha yüksekti. Tablo 10'da katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre EUROPEP ölçeği puan ortalamalarının değişimi gösterilmiştir. Cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi ve kronik hastalık değişkenleri ile EUROPEP ortalama puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 10. Sosyodemografik özelliklere göre EUROPEP ölçeği puan ortalamalarının değişimi

		n	EUROPEP puan ortalaması	SS	p
Cinsiyet	Erkek	138	4	0,67	0,057
	Kadın	195	4,14	0,63	
Medeni Durum	Evli	246	4,09	0,66	0,658
	Bekar	87	4,05	0,6	
Yaş	18-29	128	4,08	0,63	0,553
	30-39	96	4,12	0,65	
	40-49	61	4,12	0,68	
	50-59	27	3,89	0,56	
	>60	21	4,04	0,77	
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	12	4,06	0,46	0,535
	Okuryazar	17	3,91	0,44	
	İlkokul mezunu	86	4,12	0,69	
	Ortaokul mezunu	61	4,2	0,65	
	Lise mezunu	99	4,04	0,67	
	Yüksekokul-Üniversite mezunu	58	4,03	0,63	
Gelir Düzeyi	Gelirim giderimden az	202	4,06	0,65	0,65
	Gelirim giderime eşit	100	4,13	0,63	
	Gelirim giderimden çok	31	4,04	0,71	
Kronik Hastalık	Var	98	4,18	0,59	0,62
	Yok	235	4,04	0,97	

Hastaların hekimlerinden memnuniyet düzeyi ile reçetesiz ilaç kullanım düzeyleri arasındaki ilişki Tablo 11'de gösterilmiştir. Reçetesiz ilaç kullananların(4,06) hekimlerinden memnuniyet düzeylerinin kullanmayanlara(4,15) göre daha düşük

olduğu saptanmıştır. Ancak reçetesiz ilaç kullanım durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır.

Tablo 11. Reçetesiz İlaç Kullanımına Göre EUROPEP puan ortalamasının değişimi

	Reçetesiz İlaç Kullanımı	Ortalama	SS	n	p
EUROPEP Puan Ortalaması	Evet	4,06	0,63	257	0,308
	Hayır	4,15	0,7	76	

5. TARTIŞMA

5.1. Mevcut Literatür İle Karşılaştırma

Kişilerin sağlık hizmetine erişimi için aile hekimliği en kolay ve ulaşılabilir yoldur. Aile hekimleri; kendine başvuran kişilerin sorun ve taleplerine çözüm sağlama, sağlıklarını koruma ve geliştirme, tedavi edici ve destekleyici sağlık hizmeti sunma açısından eşsiz bir yere sahiptir [142]. Aile hekiminin de temel amaçlarından birisi, topluma kalitesi yüksek ve beklentileri karşılayabilecek şekilde sağlık hizmeti sunarak, toplumun sağlığını korumak ve geliştirmektir.

Hizmet kalitesini ölçmenin en önemli yollarından birisi hastaların memnuniyet düzeyini geçerlilik ve güvenilirliği yüksek bir ölçekle belirlemektir. Aile hekimleri verdikleri birinci basamak hizmet sırasında birçok sorunla karşılaşabilmektedirler. Bu sorunlardan birisi, hastaların hekim önerisi veya reçetesi dışında kendi kendilerine bilinçsiz ilaç tüketimleridir.

Gaziemir 10 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18 yaş üstü hastaların birinci basamaktan aldıkları sağlık hizmetinden memnuniyet düzeylerini, reçetesiz ilaç kullanım durumlarını ve ikisi arasındaki ilişkiyi araştıran bu çalışmada elde edilen sonuçlar gerekli müdahalelerin yapılmasını, önlemler alınmasını sağlayabileceğini ve hizmet kalitesini olumlu yönde etkileyeceğini düşünüyoruz. Araştırmaya toplam 333 kişi gönüllü olarak katılmıştır.

Aile hekimine başvuran katılımcıların yarısından fazlasını kadınlar(%58,6) oluşturmaktaydı. Bu durum; gebe takibi, çocuk takibi, aşılama ve aile planlaması gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin daha çok kadınlar tarafından kullanılmasının bir sonucu olarak düşünülmektedir. Ayrıca 2019 TÜİK verilerinde de görüldüğü üzere kadınların işgücüne katılımının %28,9, erkeklerin ise %65,6 olması yani kadınların erkeklere göre daha az çalışması ve bundan dolayı mesai saatleri içinde daha müsait olmaları bu sonucu desteklemektedir.

Görüşülen kişilerin yaklaşık üçte biri 18-29 yaş grubundadır. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların yaşları 18 ile 78 aralığında değişmekte olup, yaş ortalamaları $35,54 \pm 12,53$ 'tür. Özkan ve arkadaşların 2005 yılında Ankara'da yaptığı çalışmada yaş ortalaması $36,98 \pm 13,7$ olarak bulunmuştur [65]. Erzurum'da Vançelik ve arkadaşların yaptığı çalışmada yaş ortalaması $39,9 \pm 14,0$ şeklindedir [143]. Çalışmamızda incelenen kişilerin yaş ortalaması, diğer çalışmalarla benzer bulunmuştur.

Bursa'da yapılan benzer bir çalışmada hastaların genel memnuniyet oranı %89,5 bulunmuştur [141]. Mete ve ark.'nın Malatya'da yaptıkları çalışmada katılımcıların %80,7'si aile hekiminden memnun\çok memnun olduklarını belirtmişlerdir [134]. Gümüşhane'de yapılan bir başka çalışmada ise genel memnuniyet düzeyi %87,5 saptanmıştır [132]. Sağlık Bakanlığı'nın yapmış olduğu bir araştırmada, birinci basamak sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeyi ülke genelinde %81,2 İzmir ilinde ise %76,44 olarak bulunmuştur [144]. Bizim çalışmamızda ise hastaların genel memnuniyet düzeyi %92,2 olarak hem İzmir hem de Türkiye ortalamasının üzerinde bulunmuştur. Bu durumun gelir ve eğitim düzeyinin düşük olmasından, çocuk sahibi olma oranının fazla olması ve aynı hane içinde beraber yaşanan yaşlı birey oranının yüksek olmasından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Genel olarak bakıldığında hastaların hekimlerinden en memnun oldukları başlıklar sırasıyla; 'Sizi muayene etmesi', 'Kayıt ve bilgileri gizli tutması' ve 'İşini tam yapması' şeklindeydi. Bunun birinci basamak sağlık hizmetlerinde muayenenin hastayla görüşmede çok önemli bir yer tutması ve asistan hekimlerin her hastayı mutlaka muayene etme konusunda özen göstermelerinden kaynaklandığını düşünüyoruz. Diğer taraftan bu sonuç aile hekimlerinin kendi kayıt ve bilgilerini gizli tuttuğuna ve kimseyle paylaşmadıklarına inandıklarını, hekimlerine güvendiklerini, hekimin yaptığı işten ve muayeneden memnun olduklarını gösterir ki bunlar da güvenli bir zeminde iyi bir hasta hekim ilişkisine temel oluşturan faktörlerdir.

Çalışmamızda hastaların memnuniyetsizliğinin en yüksek olduğu konular ise ulaşılabilirlikle ilgili olan 'Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz', 'ASM'ye telefonla ulaşabilmeniz' ve 'Bekleme odasında harcadığınız zaman' başlıklarıydı. Böyle bir sonuç çıkması; çalışmanın bir EASM'de yapılmış olmasından, dolayısıyla sorumlu hekimin belli aralıklarla değişmesinden, sabit bir aile hekiminin olmamasından kaynaklanmış olabilir. Potiriadis ve ark. Avusturalya'da yaptıkları ve 7130 hastanın katıldığı bir çalışmada her seferinde aynı hekimle görüşmenin hasta memnuniyetini artırdığı saptanmış [145]. Baker ve Lionis tarafından yapılan çalışmalarda aynı hekim tarafından uzun süreli takip edilmenin hekime güveni artırdığı ve hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir [146, 147]. Bu çalışmalardaki bulgular yorumumuzu destekler niteliktedir. Baltacı ve ark.'nın da Düzce'de yaptıkları çalışmada 'telefonla aile hekimine ulaşma' ve 'randevu hizmetlerinden faydalanma' konusunda hastaların en az memnun oldukları görülmüştür [133]. Filistin [148] ve Danimarka'da [149, 150] yapılan çalışmalarda, "Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz", "Hekiminize telefonla ulaşabilmeniz" ve "Bekleme odasında harcadığınız zaman" sorularının en düşük ortalama sahip sorular olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda ve ülkemizde bu başlıkların yurt dışındaki çalışmalarda da olduğu gibi en düşük memnuniyet düzeylerine sahip olması, bu başlıkların üzerinde durulması gerektiğini ve bu konularda çözüm aranması gerektiğini göstermektedir. Hastaların EASM'ye ve hekimine telefonla ulaşabilme konusunda memnuniyet düzeyinin düşük çıkması; hekimlerin mesai saatleri içerisinde hem hasta muayene edip hem de telefona cevap vermekte zorlanmalarından kaynaklandığını düşünüyoruz. Bekleme odasında harcanan zaman konusunda memnuniyet oranının düşük çıkmasının nedeni ise, birinci basamak sağlık hizmetlerinde etkili bir randevu sisteminin işlememesi olabilir. Davut Çetin tarafından Dokuz Eylül Üniversitesi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı'na bağlı EASM'lerde yapılmış olan bir çalışmada da benzer sonuçlar saptanmış olup asistan hekimlerin telefonla tıbbi yardım vermeyi defansif tıp nedeni ile tercih etmeyebileceği ve bu durumun da telefonla hasta görüşmelerini kısıtlayıp ulaşılabilirliği düşürmüş olabileceği vurgulanmıştır [151].

Çalışmamıza katılan hastaların, o sorunun kendisiyle ilgili olmadığını düşünmesi sebebiyle en fazla 'uygun değil/ilgisiz' olarak cevaplandırıdıkları ve puan vermedikleri

başlık; ‘uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması’ başlığıydı. Çalışmamıza paralel olarak ülkemizde yapılan EUROPEP ölçeğinin Türkçe geçerlik-güvenilirlik çalışmasında da hastaların en fazla ‘uygun değil/ilgisiz’ olarak cevaplandıkları soru; ‘uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması’ sorusu olarak bulunmuştur [140]. Yine Gümüşhane’de yapılan çalışmada ve Sağlık Bakanlığı’nın 81 ili kapsayan memnuniyet araştırmasında da aynı sorunun cevapsızlık oranının en yüksek olduğu saptanmıştır [132, 152]. Bizim sonuçlarımız ve yapılan benzer çalışmalarda ‘uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması’ başlığının en çok cevap verilmeyen başlık olmasının; hastaların büyük çoğunluğu için birinci basamak sağlık hizmetlerinin tanı ve tedavide yeterli olmasından ve bir üst basamağa sevkine gerek duyulmamasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Sonuçlara bakıldığında cinsiyetin memnuniyet düzeyi üzerine anlamlı bir etkisi saptanmamıştır. Ülkemizde ve yurtdışında yapılmış çalışmalarda da cinsiyete göre hasta memnuniyetinin değişmediği saptanmıştır [153, 123, 154, 155].

Yaş arttıkça aile hekimliğinden duyulan memnuniyet oranının arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur [156, 145]. Lee ve Kasper’in yaptığı bir çalışmada yaşlıların genellikle sağlık bakımlarını genç hastalara göre daha olumlu değerlendirdiği görülmüştür [157]. Kayseri’de yapılan bir çalışmada da yaş artışıyla birlikte memnuniyet düzeyinin arttığı görülmüştür ve bunun sebebi olarak da yaş ile birlikte kronik hastalıkların artması ve bu bireylerin reçete yazdırmak, tedavi, kontrol vb. nedenlerle sağlık gereksinimine olan ihtiyacının artmasını belirtmişlerdir [158]. Bizim çalışmamızda ise yaş ile genel memnuniyet puanı arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Bunun sebebi popülasyonumuzun genç nüfus oranının diğer çalışmalara göre daha fazla olması olabilir. Ülkemizde yapılan bazı araştırmalar da çalışmamızı destekler niteliktedir [159, 160].

Sonuçlarımız medeni durum ile memnuniyet düzeyi arasında bir ilişki olmadığını göstermektedir. Bunun nedeni çalışma grubumuzun büyük çoğunluğunun evli olması olabilir. Bizim çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak; Ünal ve ark. tarafından

yapılmış olan çalışmada da evli olan hastaların memnuniyet seviyelerinin anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur [154].

Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde %3,6'sı okuryazar değil, %5,1'i okuryazar ancak ilkokulu bitirmemiş, %25,8'i ilkokul, %18,3'ü ortaokul, %29,7'si lise, %17,4'ü üniversite/yükseköğretim mezunu olarak saptandı. Eğitim seviyesi açısından ise çalışmamızda yine memnuniyet düzeyi arasında bir anlamlılık saptanmadı. Tezcan ve ark. tarafından yapılan çalışmada da eğitim ve medeni durum ile memnuniyet düzeyi arasında anlamlı bir ilişki görülmemiştir [153]. Fakat bizim çalışmamızdan farklı olarak; Uzuntarla ve ark., Erdem ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi arttıkça memnuniyetin azaldığı bulunmuştur [161, 162]. Sağlık bakanlığının yaptığı bir çalışmada eğitim düzeyi arttıkça memnuniyet düzeylerinde azalışlar görülmüştür. Bu durumun, eğitim düzeyi düşük kesimlerde sağlık hizmetlerinden beklentilerin de düşük olmasından kaynaklandığı tahmin edilmektedir [163].

Hastaların gelir düzeyleri ile memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Yapılan bazı çalışmalar da yine bu sonucu destekler niteliktedir [164, 153]. Farklı olarak; Edirne'de yapılan bir çalışmada gelir düzeyi yükseldikçe hastaların yaşam standartlarının arttığı ve bununla bağlantılı olarak beklentilerinin artması sonucu daha zor memnun olduğu şeklinde yorumlanmıştır [165].

Katılımcıların kronik hastalık varlığı sorgulandığında %70,6'sının kronik hastalığının olmadığı, %29,4'ünün kronik hastalığının olduğu saptandı. Çalışmamızda kronik hastalığı olan ve olmayan bireylerin memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Bunun sebebi çalışmamıza katılan bireylerin çoğunluğunun kronik hastalığa sahip olmaması olabilir. Bizim çalışmamızdan farklı olarak; Yunanistan'da yapılan bir çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin memnuniyet düzeylerinin daha fazla olduğu görülmüştür [166]. Bir başka çalışmada da kronik hastalıklara yönelik risk gruplarının belirlenmesi, erken tanı ve tedavilerin yapılması ve hastaların izlenmesi birinci basamakta aile hekimlerinin sunduğu hizmetler arasında önemli bir yer tuttuğu belirtilmiş ve birinci basamağı, bu hizmetler

açısından sağlık sisteminin diğer basamaklarından farklı kılan en önemli özelliğin kişi merkezli, kapsamlı ve bütüncül yaklaşım olduğu vurgulanmıştır [167]. Kronik hastalıklara yönelik risk gruplarının belirlenmesi, erken tanı ve tedavilerin yapılması, hastaların izlenmesi birinci basamakta aile hekimlerinin sunduğu hizmetler arasında önemli bir yer tutmaktadır. Birinci basamakta sunulan hizmetin geliştirilmesiyle, kronik hastalıklara daha etkin müdahale edildiğinde mortalite ve morbidite oranlarında düşüş sağlandığı bilinmektedir [168, 169].

Çalışmamızın başında da belirttiğimiz gibi birinci basamak sağlık hizmeti sırasında yaşanan büyük problemlerden birisi hastaların hekim önerisi veya reçetesi dışında kendi kendilerine bilinçsizce ilaç tüketmeleridir. DSÖ, sağlık sistemi ve vatandaşlar için maliyetleri düşürmek amacıyla kendi kendine ilaç tedavisini desteklemektedir fakat aynı zamanda kendi kendine ilaç tedavisinin ancak yeterli sağlık ve eğitim sağlayabilen ülkelerde kullanılabileceğini, böylece bu ülkelerde yaşayan vatandaşların sorumluluk alarak kendi kendine ilaç tedavisi konusunda yetkin olabileceğinin altını çizmektedir [56].

ABD’de yapılmış toplum tabanlı bir çalışmada 75-85 yaş arası kadınların %36’sında, erkeklerin ise %37,1’inde polifarmasi olduğu bildirilmiştir [170]. Ülkemizde polifarmasi sıklığı 60 yaş üzerindeki kadınlarda %63,2; erkeklerde ise %55,3 olarak bulunmuştur [171].(Yapılan çalışmalarda polifarmasi 5 veya daha fazla günlük ilaç kullanımı olarak ele alınmıştır). Avrupa ülkelerinde ve ABD’de sağlık okuryazarlığının ülkemize göre daha yüksek olması ve bu ülkelerin daha bilinçli bir hasta popülasyonuna sahip olması bu ülkelerde polifarmasi sıklığının daha az görülmesinin muhtemel sebebidir. Ülkemizde polifarmasiyi yükselten başka bir sebep de ‘reçetesiz ilaç kullanımı’ olabilir.

Çalışmamızda, reçetesiz ilaç kullanım oranı tüm hastalar içinde %77,2 olarak saptanmıştır. Bu oran kadınlarda %77,4; erkeklerde ise %76,8 olarak bulunmuştur. Her iki cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0,05$). Antalya’da Aktekin ve arkadaşlarının reçetesiz ilaç kullanımıyla ilgili yürütülen araştırmada, katılanların %43,5’inin reçetesiz ilaç kullandıkları belirtilmiştir [172]. Erdem ve

arkadaşları bireyleri %39,5'inin reçetesiz ilaç kullandıklarını belirtmişlerdir [173]. Isparta'da yapılan çalışmada, katılımcıların %42,9'u doktora danışmadan kullandıklarını söylemiştir [67]. Bizim çalışmamızda elde edilen reçetesiz ilaç kullanım oranı ülkemizdeki diğer çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur. Bunun muhtemel sebebi ise; hasta popülasyonumuzun eğitim düzeylerinin diğer çalışmalardan farklı oranda olması şeklinde açıklanabilir. Bu durum toplum sağlığı yönünden ilaçlara karşı tolerans ve rezistans gibi problemlere yol açabileceği gibi birey bazında da yan etkiler, ilaç bağımlılığı, hatta ölümlere bile neden olabileceği açık bir gerçektir. Bu nedenle, hastaların ve toplumun korunması için insanların bu konuda bilgilendirilip bilinçlendirilmesi yönünde hekimlerin hastalarıyla bilgi alışverişinde bulunması bu problemin çözülmesinde faydalı olabileceği kanaatindeyiz. Erzurum'da yapılmış bir çalışmada sağlık sorumluluğu düzeyi ile reçetesiz ilaç kullanma arasında doğrudan bir ilişki olduğu ve sağlık sorumluluğu düzeyi yüksek olan bireylerin reçetesiz ilaç kullanımı konusunda daha pozitif davranışlar gösterdiği saptanmıştır [29]. Bu doğrultuda da reçetesiz ilaç kullanımını azaltmak için toplumda sağlık sorumluluğu kazandırmanın güzel bir çözüm yolu olacağını düşünmekteyiz.

Önder ve arkadaşlarının benzer bir çalışmasında, katılımcıların çoğunun (%57,8) genellikle reçetesiz ağrı kesici ilaç kullandığı ve %76,6'sının evlerinde sürekli bir ağrı kesici bulundurduğu saptanmıştır [78]. Isparta'da 2012 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde yapılan bir çalışmada reçetesiz kullanılan ilaçların kullanım sıralamasında ilk sırada (%79,8) ağrı kesiciler, ikinci sırada (%41,4) soğuk algınlığı ilaçları yer almaktadır [174]. Diğer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da hekim önerisi veya reçetesi olmadan en sık kullanılan ilaçların %94,1 ile ağrı kesiciler olduğunu saptadık. Bahsedilen benzer çalışmaların bulguları da bizim sonuçlarımızı destekler niteliktedir. Çünkü ağrı kesici-ateş düşürücü ilaçların, semptomatik tedavide ilk tercih edilen ve en fazla kullanılan ilaç grubunu oluşturduğu bilinmektedir [173, 175]. Dolayısıyla ağrı kesicilerin reçetesiz olarak en fazla kullanılan ilaç olması şaşırtıcı bir sonuç değildir.

Çalışmamızda reçetesiz ilaç kullanan hastaların %36,9'u tanıdık/komşu/akraba, %23,7'si eczacı tarafından bu ilaçlar hakkında bilgilendirildiğini ifade etmiştir.

Özçelikay'ın yaptığı bir çalışmada görüşülen kişilerin %23,2'sinin yakınların önerdiği ilacı alıp kullandığı görülmüştür [66]. Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise yakınların tavsiyesiyle ilaç kullanımı %25,6 olarak bulunmuştur [65]. Çalışmamızda yakınların tavsiyesi ile ilaç kullanımı bahsedilen çalışmalardan daha yüksek düzeydedir. Bu durumun çalışmanın yapıldığı bölgedeki geleneksel komşuluk ve akraba ilişkilerinin daha yüksek olmasından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Bu çalışmada görüşülen kişilerin %13,5'i tanıdıklarına ilaç tavsiyesinde bulunduğunu belirtmiştir. Özkan ve arkadaşlarının çalışmalarında hastaların %22,6'sının başkalarına ilaç tavsiye ettiği belirtilmiştir [65]. Özçelikay ve arkadaşlarının çalışmasında, hastaların %24,5'inin kendisinin kullandığı bir ilacı başkasına da önerdiği görülmüştür [66]. Çalışmamızda reçetesiz ilaç kullanımının benzer çalışmalara göre daha yüksek olmasına rağmen tanıdıklarına tavsiye etme oranının daha düşük olduğunu saptadık. Bu durum çalışmaya katılan bireylerin bu konuda sorumluluk almak istememelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda kişilere reçetesiz ilaç kullanma nedenleri sorulduğunda; kişilerin %60,3'ü hastalığının ciddi olmadığını belirtti. Bu durumun önemli hastalıkların tanı ve tedavisinde geç kalınmasına sebep olabileceğini düşünüyoruz. %31,9'u da daha önceki benzer durumda doktorun vermiş olduğu ilacı kullandığını söyledi. Bu sonuç da doktor reçetesi olmadan antibiyotik kullanımının nasıl mümkün olduğu sorusunu açıklamaktadır.

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı bir çalışmada, cinsiyete göre sağlık harcamalarına bakıldığında kadınların %57 ile erkeklerden daha çok sağlık harcaması yaptığı görülmüştür [176]. Bu sonuç kadınların daha fazla reçetesiz ilaç kullanma potansiyeline sahip olduğunu düşündürse de bizim çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında kadınlar ile erkekler arasında reçetesiz ilaç kullanımı konusunda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Benzer şekilde medeni durum, yaş ve eğitim düzeyi ile reçetesiz ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptamadık.

Çalışmamızda gelir düzeyi ile reçetesiz ilaç kullanımı arasında anlamlı bir ilişki saptadık($p<0,05$). Gelir düzeyi arttıkça reçetesiz ilaç kullanma sıklığı artmaktaydı. Nielsen ve arkadaşlarının Danimarka’da yaptıkları çalışmanın sonuçları da çalışmamızı destekler niteliktedir [177]. Gelir düzeyi düşük olan bireylerin daha az reçetesiz ilaç kullanması, bu bireylerin ilaç alım gücünün daha az olmasından, bu sebeple de ilaç masrafından kaçınmalarından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamızda kronik hastalığı olanların olmayanlara göre anlamlı olarak daha fazla reçetesiz ilaç kullandığını saptadık($p<0,05$). Bu durumun kronik hastalığı olan katılımcıların ilaç kullanmaya daha alışkın olmalarından kaynaklandığını düşünüyoruz.

Reçetesiz ilaç kullanımı ile EUROPEP Ölçeği memnuniyet puanları arasındaki ilişkiyi değerlendiren benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bizim çalışmamızın sonucu olarak memnuniyet düzeyi reçetesiz ilaç kullanımını etkilememektedir ($p>0,05$). Literatürde birinci basamakta buna benzer popülasyonla ve reçetesiz ilaç kullanımı ile memnuniyet düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendiren çalışmaların yeterli olmaması bu konuyla ilgili çalışmalara olan gereksinimi göstermektedir.

5.2. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Çalışmamız Türkiye’de birinci basamak hizmet memnuniyeti ile reçetesiz ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran ilk çalışmadır.

Çalışmamızın tanımlayıcı ve kesitsel tipte olması ve bir EASM ortamında yapılması nedeniyle sonuçların birinci basamakta hasta memnuniyeti ve reçetesiz ilaç kullanımı açısından genellenmesi uygun değildir. Daha büyük popülasyonda, çok merkezli yapılabilse idi genelleme yapmak mümkün olabilirdi.

EUROPEP anketinin belirli bir kesme noktası bulunmamaktadır. Kişisel bazda memnuniyet durumları hesaplanamamıştır. Bunun yerine sorulara verilen cevaplarının ortalaması genel memnuniyet oranı olarak değerlendirilmiştir. Bu durum araştırmamızı kısıtlamaktadır.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Gaziemir 10 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18 yaş üstü hastaların birinci basamaktan aldıkları sağlık hizmetinden memnuniyet düzeylerini, reçetesiz ilaç kullanım durumlarını ve ikisi arasındaki ilişkiyi araştıran bu çalışmanın sonuçları şu şekilde özetlenebilir:

Hastaların EASM hekimlerinden memnuniyet düzeyleri oldukça yüksektir. Memnuniyetlerinin en yüksek olduğu konular ise muayene, hasta bilgilerinin gizliliği ve hekimin işini tam yapmasıydı. Bu sonuç EASM'de bir yandan eğitim sürecini devam ettiren bir yandan da hastalarına sağlık hizmeti vermeye devam eden asistan hekimlerin güven temeline dayalı iyi bir hasta-hekim iletişimi kurduğunu, mesleki bilgi ve becerilerinin yeterli olduğunu ve etkili iletişim kurabildiklerini göstermektedir. Hasta memnuniyetinin daha da artırılmasının yolu hekimlerin yüksek iş doyumuna sahip olmasından geçmektedir. Bu da hekimlerin ücret, çalışma ortamı ve çalışma şartlarının iyileştirilmesiyle mümkün olabilir.

Aile hekimliği uzmanlık eğitimlerinin 18 aylık bölümü, 2014 yılından bu yana EASM'lerde sürdürülmektedir. Mevcut çalışma sonuçlarına göre EASM'lerin hasta memnuniyet düzeyleri üzerindeki etkisinin pozitif yönde olduğu tespit edilmiştir. Bu sebeple EASM uygulamasının daha da yaygınlaştırılması ülkenin hasta memnuniyet düzeyini daha da yukarı çekecektir.

Hastaların memnuniyet düzeyinin en düşük olduğu konular ise 'hekimine telefonla ulaşmak', 'bekleme odasında harcanan zaman' gibi ulaşılabilirlikle ilgili olan konulardır. Her şeye ulaşmanın çok kolaylaştığı çağımızda hastaların sağlık sorunu yaşadıkları zaman hekimine telefonla ulaşabilmeyi istemeleri anlaşılabilir bir durumdur fakat hekimlerin mesai saatleri içerisinde hem ayaktan gelen hastalarıyla ilgilenmesi hem de telefonla ulaşan hastalarına sağlık hizmeti sunabilmesi oldukça güç bir durumdur. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde iyi uygulanabilen bir randevu sisteminin olmayışı da hastaların bekleme süreleri konusundaki memnuniyetsizliğine sebep olduğu düşüncesindeyiz. Hastaların bu konulardaki memnuniyet düzeylerinin

artırılması, aile hekimlerinin çalışma saatlerinin belli kısımlarını telefonla ulaşan hastalarıyla ilgilenmeye ayırabileceği etkili bir randevu sistemiyle mümkün olabilir.

Hasta memnuniyetinin sağlık kurumlarındaki hizmet kalitesinin değerlendirilmesinde kullanılan temel bir ölçüt olduğu, kaliteyi arttırmak için düzenli aralıklarla ölçülmesi gerektiği ve memnuniyetsizlik yaratan konularda iyileştirici düzenlemeler yapılmasının son derece önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Reçetesiz ilaç kullanımı sosyodemografik özelliklerle beraber birçok etkenlere bağlı olarak değişebilmektedir. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda olduğu gibi bizim çalışmamızda da kişilerin yaklaşık dörtte üçü reçetesiz ilaç kullanmaktadırlar. Hekimler ve eczacıların ilaçları izleme ve hastaları bilgilendirme konusunda daha aktif duruma gelecekleri düzenlemeler yapılmalıdır. Çoğu hastalıkların tedavisi için toplumun en sık birinci basamak hekimlerine yöneldiği düşünülürse aile hekimlerinin bu konuda önemli rol üstlenmeleri gerekmektedir.

Kendi kendine ilaç tedavisi, halk sağlığının normal bir parçası olarak kabul edilebilir ve hem hasta hem de hekim açısından birçok fayda sağlayabilmektedir. Fakat bununla beraber ilaçların yanlış dozda kullanılması, bilinçsizce tüketilmesi, ciddi bir rahatsızlık durumunda mevcut hastalığın tedavisinin gecikmesi ve istenmeyen etkilerin ortaya çıkması gibi olumsuz sonuçlara da yol açabilmektedir. Bu nedenle bireylere kendi sağlık bakımlarında daha aktif rol üstlenebileceklerini sağlayacak eğitimler erken dönemde verilmelidir. Hekimler ve eczacıların ortak çalışmasıyla reçetesiz ilaç kullanımı konusunda seminerler verilebilir, bilgilendirici broşürler basılabilir, kamu spotları yayınlanarak halk bu konuda bilgilendirilebilir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından kendi kendine ilaç kullanımı konusunda toplumu bilgilendirmek amacıyla kullanımı kolay ve anlaşılır bir internet sitesi kurulabilir.

Son olarak; hastaların hekimlerinden memnuniyet düzeyleri ile reçetesiz ilaç kullanımı arasında bir ilişki bulamadık fakat reçetesiz ilaç kullanımının bu denli yüksek olmasının altta yatan sebeplerini araştırmaya yönelik daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

7. KAYNAKLAR

- [1] «Ünalan P. Aile Doktorları İçin Kurs Notları, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2004».
- [2] «Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013 Cuma Sayı: 28539.».
- [3] «Gümüşhane Üniversitesi Öğrencilerinin Aile Hekimliği Konusunda Bilgi Durumlarının Saptanması, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;1(1): 41-48.».
- [4] «Dikici MF, ve ark. Aile Hekimliğinde Kavramlar, Görev Tanımı ve Disiplininin Tarihçesi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2007, 27: 412-418».
- [5] Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2012 - 2014.).
- [6] «Sağlık Bakanlığı, Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri,» 2017. [Çevrimiçi]. Available: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/birinci-basamak-sa%C4%9FI%C4%B1k-hizmetleri.html>. [Erişildi: 30 Aralık 2020].
- [7] FIP İlkeler Beyanı. (2004). Reçetesiz ilaçlar ilkeler beyanı. TEB Yayınları..
- [8] Figueiras, A., Caamaño, F. and Gestal-Otero, J. J. (2000). Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. European Journal of Epidemiology, 16, 19–26..
- [9] Fuentes, K., Villa, Z. L. (2008). Analysis and quantification of self-medication patterns of customers in community pharmacies in southern chile. Pharmacy World and Science, 30, 863–868..
- [10] Lam, C. L., Tse, M. H. and Munro, C. (1989). A survey on the use of self medication over a period of two weeks. Hong Kong Practitioner, 11, 371–375..
- [11] Kırçan N, Baybek H, Eksen M ve Erdem D. 0-6 yaş çocuğu olan annelerin antibiyotik kullanım ilkelerine uyma durumlarının değerlendirilmesi, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, ISSN: 1303-5134, 2004,1:1-10.
- [12] De Bolle L, Mehuys E, Adriaens E, Remon JP, Van Bortel L, Christiaens T. Home medication cabinets and self-medication: a source of potential health threats? Ann Pharmacother, 2008, 42: 572-9.
- [13] Yılmaz G H. Türkiye’de ve Dünya’da ilaç sanayi gelişme potansiyelleri, Sağlık ve ilaç endüstrisi. 2009.

- [14] Altınok M ve Üçer AR. Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Sağlık Harcamaları <http://www.tipkurumu.org/files/SagliktaDonusumSurecindeSaglikHarcamalari-son.doc>.2009.
- [15] T.C. Çalışma Ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Akılcı İlaç Kullanımı. 2013.
- [16] Barutçu İA., Tengilimoğlu D., Naldöken Ü. Vatandaşların Akılcı İlaç Kullanımı, Bilgi Ve Tutum Değerlendirmesi: Ankara İli Metropol İlçeler Örneği. Gazi Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2017; 19 (3): 1062-1078.
- [17] Muldoon HC. Lessons in Pharmaceutical Latin And Prescription Writing And Interpretation. Joline Pres, 2008..
- [18] Hartley BH. Prescription Writing. British Medical Journal 1981; 282, 711-714..
- [19] Vries TPGM., Henning RH., Hogerzeil HV., Fresle DA. Guide To Good Prescribing: A Practical Manual. Geneva: World Health Organization, 1994..
- [20] Rozek RP. Switching Pharmaceutical Products From Prescription To Over-The-Counter: The Debate İn The U.S. Ejrr 2012; 4: 601-607..
- [21] Bradley CP., Bond C. Increasing The Number Of Drugs Available Over-The-Counter: Arguments For And Against. British Journal Of General Practice 1995; 45: 553-556..
- [22] Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik 12.04.2014.
- [23] Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2011..
- [24] Ruiz M. Risks Of Self-Medication Practices. Current Drug Safety 2010; 5(4): 315-323..
- [25] Bennadi D. Self-Medication: A Current Challenge. J Basic Clin Pharm 2013; 5(1): 19-23..
- [26] Montastruc, J. L., Bagheri, H., Geraud.,T. and Lapeyre-Mestre, M. (1997). Pharmacovigilance of self-medication. Therapie, 52(2), 105-110..
- [27] İstanbul Ekonomi Danışmanlık. (2008). ABD, AB ve Türkiye'de reçetesiz ilaç politikaları ve pazar yapıları. Rapor; İstanbul Ekonomi..
- [28] Türk Eczacıları Birliği. (2009). Raporlar dizisi. 1..
- [29] Güngörmüş, Z. (2001). bilinçsiz ve reçetesiz ilaç kullanımı ile sağlık sorumluluğu arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum..

- [30] Hughes, G. F., McElnay, J. C., Hughes, C. M., McKenna, P. (1999). Abuse/misuse of non-prescription drugs. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 21, 251-5..
- [31] Tenaw, A. B., Pharm, B. A, MSc, Gebre-Mariam, T. (2004). Self Medication practices in Addis Ababa, a prospective study. *Ethiopian Journal of Health Science*, 14, 1..
- [32] Ouma, F. (2007). Uganda Self medication causing Drug Resistance. *New vision (Kampala)*, All Africa Global Media, 3, 100..
- [33] Drug Facts. (2014). DrugFacts: Prescription and Over-the-Counter Medications. URL:<http://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/prescription-over-counter-medications>. Son Erişim Tarihi: 17.03.2014..
- [34] Milliyet. Reçetesiz ilaç kullanımı arttı!. URL: <http://www.milliyet.com.tr/recetesiz-ilac-kullanimi-artti--pembenar-detay-genelsaglik-1231430/>.
- [35] «Aktekin, M., Erengin, K.H. (1994). Sağlık ocağı polikliniğine başvuru öncesi ilaç kullanımı. M. Aktekin ve K. H. Erengin (Editörler). Akdeniz üniversitesi tıp fakültesi halk sağlığı anabilim dalı araştırma özetleri.. Antalya, Akdeniz Üniversitesi, YN:57,1».
- [36] Mollahaliloğlu, S., Tezcan, S. (2002). Ankara il merkezinde bulunan sağlık ocaklarından sağlık hizmeti alan hastaların akılcı ilaç kullanımı açısından değerlendirilmesi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Diyarbakır, 499-501..
- [37] Gül, H., Omurtag, G., Clark, P. M., Tozan, A. and Ozel, S. (2007). Nonprescription medication purchases and the role of pharmacists as healthcare workers in self-medication in Istanbul. *Medical Science Monitor*, 13(7), 9-14..
- [38] İptes, S., Khorshid, L. (2004). Üniversite Öğrencilerinin ilaç Kullanım Durumlarının incelenmesi, *Ege Üniversitesi HYO Dergisi*,20(1), 97-106..
- [39] Güneş, S. (2004). Halkın beşte biri reçetesiz ilaç kullanıyor. URL: <http://www.ntvmsnbc.com/news/health..>
- [40] Porteous, T., Bond, C., Hannaford, P., and Sinclair, H. (2005). How and why are non-prescription analgesics used in Scotland?.*Family Practice*, 22(1), 78-85..
- [41] Göçgeldi E, Uçar M, Açıkeli CH, Türker T, Hasde M, Ataç A. Evlerde artık ilaç bulunma sıklığı ve ilişkili faktörlerin araştırılması, *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009, 8: 113-118.
- [42] Baybek H, Bulut D, Çakır A. Muğla Üniversitesi İdari Personelinin İlaç Kullanma Alışkanlıklarının Belirlenmesi, *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Muğla, 2005, 15 :53-67.

- [43] Türkiye İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası
<http://www.ieis.org.tr/aspsayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12> Erişim tarihi:14.12.2011.
- [44] Jay S ve Cohen MD. Dose Discrepancies Between the Physicians' Desk Reference and the Medical Literature, and Their Possible Role in the High Incidence of Dose-Related Adverse Drug Events, Archives Internal Medicine. 2001, 161:957-964.
- [45] Yılmaz G H. Türkiye’de ve Dünya’da ilaç sanayi gelişme potansiyelleri, Sağlık ve ilaç endüstrisi. 2009.
- [46] Gökalp, O. ve Mollaoğlu, H. (2003). Uygunsuz ilaç kullanımı.Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 10(2), 17-20..
- [47] Yılmaz E, Yılmaz E, Karaca F, Uçar S, Yüce T. Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin ilaç kullanma durumlarının incelenmesi, 6. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, İstanbul, 2007..
- [48] Bıyık A, Özgür G, Özsoy SA, Erefe İ, Emeç AU, Özer M, Ergül Ş, Dülgerler Ş. Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik.
- [49] Akıcı A, Uğurlu MÜ, Gönüllü N, Oktay Ş, Kalaça S. Pratisyen hekimlerin yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı alışkanlıklarının değerlendirilmesi, Türk Geriatri Dergisi; 2001, 4: 100-105..
- [50] Rathore SS, Mehta SS, Boyko WL, Schulman KA. Prescription medication use in older Americans: A national report card on prescribing, Family Medicine Journal, 1998, 30: 733-739..
- [51] Esengen Ş. Seçkin Ü, Borman P. Bodur H, Kutsal-Gökçe Y, Yücel M. Huzurevinde yaşayan bir grup yaşlıda fonksiyonel-kognitif değerlendirme ve ilaç kullanımı. Türk Geriatri Dergisi; 2000, 3: 6-10..
- [52] Dişçigil G, Tekinç N, Anadol Z, Bozkaya-Oklay A. Toplum içinde yaşayan ve bakımevinde kalan yaşlılarda polifarmasi. Türk Geriatri Dergisi, 2006, 9: 117-121.
- [53] Kutsal YG. Yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı, Türk Geriatri Dergisi; 2006:37-44.
- [54] Bıyık A, Özgür G, Özsoy SA, Erefe İ, Emeç AU, Özer M, Ergül Ş, Dülgerler Ş. Huzurevlerinde yaşayan yaşlıların fiziksel sağlık sorunları ve hastalıklarına yönelik ilaç kullanma davranışları. Türk Geriatri Dergisi; 2002, 5: 68-74..
- [55] Gündoğmuş ÜN, Özkara E ve Mete S. Nursing and Midwifery Malpractice in Turkey Identified in The Higher Health Council Records. Nursing Ethics, 2004, 11:489-499..

- [56] Dünya Sağlık Örgütü. (2000). Kendi kendine ilaçla tedavide kullanılan tıbbi ürünlerin düzenlenmesi için rehber.Dünya Sağlık Örgütü..
- [57] ISPAT. (2014). The pharmaceutical Industry in Turkey. Inverstment Support and Promotion Agency..
- [58] Awad, A., Eltayeb, I., Matowe, L., and Thalib, L. (2005). Self-medication with antibiotics and antimalarials in the community of Khartoum State, Sudan. Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences, 8(2), 326-331..
- [59] Hughes, C. (2003). Monitoring self-medication. Expert Opinion on Drug Safety, 2, 1-5..
- [60] Sharma, R., Verma, U., Sharma, C. L. and Kapoor, B. (2005). Self medication among urban population of Jammucity. Indian Journal of Pharmacology, 37, 37-45..
- [61] Kayalvlizhil, S., Senapathi, R. (2001). Evaluatin of the Perception, attitude and knowledge about Self-medication among business students in 3 select cities, South India International Journal of Enterprise and Innovation Management Studies (IJEIMS).
- [62] Henry, J. S. S., Handu Khalid, A. J., Al Khaja, S. O. and Reginald, P. S. (2006). Evaluation of the knowledge, attitude and practice of self-medication among first-year medical students.Medical Principles and Pract, 15, 270–275..
- [63] Hughes, L., Whittlesea, C. and Luscombe, D. (2002) .Patients knowledge and perceptions of the side-effects of OTC medication. Clinical Pharmacology & Therapeutics, 27, 243..
- [64] Sawalha, A.(2007). Assessment of self-medication practice among university students in palestine: therapeutic and toxicity complications. The Islamic University Journal, 15(2), 67-82..
- [65] Özkan, S., Özbay, O. D., Aksakal, F. N., İlhan, M .N. and Aycan, S. (2005). Bir üniversite hastanesine başvuran hastaların hasta olduklarındaki tutumları ve ilaç kullanım alışkanlıkları, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 4(5), 223-237..
- [66] Özçelikay, G. (2001). Akılcı ilaç kullanımı üzerine bir pilot çalışma. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi, 30, 9-18..
- [67] Uskun, E., Uskun, S. B. Öztürk, M. ve Kişioğlu, A. N. (2004). Sağlık ocağına başvuru öncesi ilaç kullanımı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 13(12), 451-454..
- [68] Mohamed, T. K., Sankar, C. and Dilip, A. (2011). K-Al Shifa College of Pharmacy, Kizhattur, Perinthalmanna, Kerala: Self medication with over the counter drugs. Der Pharmacia Lettre, 3, 91-98..

- [69] WSMI. (2007a). Guiding principles in self. World Self Medication Industry. URL: <http://www.wsmi.org/publications.htm>, Son Erişim Tarihi: 16.04.2011..
- [70] Sleath, B., Rubin, H.R., Cambell, W., Gwyther, L. Clark, T. (2001). Physician-patient communication about over-the-counter medicines. *Social Science & Medicine*, 53(3), 357-369..
- [71] WSMI. (2007a). Guiding principles in self. World Self Medication Industry. URL: <http://www.wsmi.org/publications.htm>, Son Erişim Tarihi: 16.04.2011..
- [72] WSMI. (2009). Benefits of responsible self medication. World Self Medication Industry, <http://www.wsmi.org/publications.htm> Son Erişim Tarihi: 27.03.2011..
- [73] Schlafer, J., Slamet, L. S. and de Visscher, G. (1997). Appropriateness of self-medication: method development and testing in urban Indonesia. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 22, 261-272..
- [74] Shankar, P. R., Partha, P. and Shenoy, N. (2002). Self-medication and non-doctor prescription practices in Pokhara valley, Western Nepal: A questionnaire-based study. *BMC family practice*, 3(1), 17..
- [75] Alghanim, S. A. (2011). Self-medication practice among patients in a public health care system. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 17(5)..
- [76] Afolabi, A. O. (2009). Factors influencing the pattern of self-medication in an adult Nigerian population. *Annals of African medicine*, 7(3), 120-127..
- [77] Geissler, P. W., Nokes, K., Prince, R. J., Achieng'Odhiambo, R., Aagaard-Hansen, J. and Ouma, J. H. (2000). Children and medicines: self-treatment of common illnesses among Luo schoolchildren in western Kenya. *Social Science & Medicine*, 50(12), 1771-1783..
- [78] Önder, E., Koçia, O., Öztürk, S., Sabuncu, Z., Soyutemiz, Ö. ve Altıntaş, H. (2007). Yunus Emre Sağlık Ocağı Bölgesinde Yasayan 18 Yaş ve Üstü Bireylerin Ağrı Kesici Kullanımı ve Bu Konudaki Bilgilerin Saptanması, URL: <http://www.thb.hacettepe.edu.tr/2002>.
- [79] Geissler, P. W., Nokes, K., Prince, R. J., Achieng'Odhiambo, R., Aagaard-Hansen, J. and Ouma, J. H. (2000). Children and medicines: self-treatment of common illnesses among Luo schoolchildren in western Kenya. *Social Science & Medicine*, 50(12), 1771-1783..
- [80] Angeles-Chimal, P., Medina-Flores, M. L. and Molina-Rodriguez, J. F. (1991). Self-medication in a urban population of Cuernavaca, Morelos. *Salud publica de Mexico*, 34(5), 554-561..
- [81] Figueiras, A., Caamano, F. and Gestal-Otero, J. J. (2000). Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. *European Journal of Epidemiology*,

16(1), 19-26..

- [82] Porteous, T., Bond, C., Hannaford, P. and Sinclair, H. (2005). How and why are non-prescription analgesics used in Scotland?. *Family Practice*, 22(1), 78-85..
- [83] Akici, A., Basaran, N. F. (2013). University Students' Attitudes Concerning OTC Drug Use; Survey from Istanbul. *ARPJ Journal of Science and Technology*, (3), 3..
- [84] Tse, M. H. W., Chung, J. T. N. and Munro, J. G. C. (1986). Self-medication among secondary school pupils in Hong Kong: A descriptive study. *Family Practice*, 6, 303–306..
- [85] Nsimba, S. E. (2007). Assessing the performance practices and roles of drug sellers/dispensaries for common conditions, in Kabaha district, Tanzania. *Tropical Doctor*, 37, 197–201..
- [86] Lucas, R., Lunet, N., Calvarho, R., Langa, J., Muanantatha, M. and Nkuanda, L. P. (2007). Pattern in the use of medicines by University students in Maputo Mozambique. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2845–52..
- [87] Thomas, C. (2013). Abuse of over-the-counter medications. *Disabled world*..
- [88] A National Opinion Survey Conducted for The National Council on Patient Information and Education; The Attitudes and Beliefs About Over-the-Counter Medicines..
- [89] Major, C., Vincze, Z. (2009). Consumer habits and interests regarding non-prescription medications in Hungary. *Family practice*..
- [90] Miselli, M. (1990). What information for the patient? Large scale pilot study on experimental package inserts giving information on prescribed and over the counter drugs. *British Medical Journal*, 301: 1261-5..
- [91] NCPIE. (2002). Attitudes and beliefs about the use of over-the-counter medicines: A dose of reality. *A National Survey of Consumers and Health Professionals: Harris Interactive*..
- [92] Maiman, L. A., Becker, M. H. and Cummings, K. M. (1982). Effects of sociodemographic and attitudinal factors on mother-initiated medication behavior for children. *Public Health Reports*, 97, 140-149..
- [93] Alexander, G. C., Mohajir, N. and Meltzer, D. O. (2005). Consumers' perceptions about risk of and access to nonprescription medications. *Journal of American Pharmacists Association*, 45, 363-70..
- [94] Bissell, P., Ward, P. and Noyce, P. R. (2000). Mapping the contours of risk: Consumer perceptions of non-prescription medicines. *Journal of Social and*

Administrative Pharmacy, 17, 136-4..

- [95] Ryan, K., Emmerton, L. (2002). Decision-making in non-prescription medicine purchases (abstract). Journal of Social and Administrative Pharmacy, 19, 217..
- [96] TEB (2007). Kanıta dayalı eczacılık. Ankara: Türk Eczacıları Birliği Yayını..
- [97] Wheeler. Over the counter drugs, URL: www.ctclearinghouse.org/topics/topic.asp?TopicID=12, Son Erişim Tarihi: 17.03.2014..
- [98] Fadıloğlu, Ç., Yılmaz, D. ve Yürekli, A. (1989). Toplumda analjezik, antibiyotik ve trankilizan grubu ilaçların kullanımlarının ve bu konudaki bilgilerinin saptanması. Ege Üniversitesi HYO Dergisi, 5(1), 11-10..
- [99] Kaufman, D. W., Kelly, J. P., Rosenberg, L., Anderson, T. E., & Mitchell, A. A. (2002). Recent patterns of medication use in the ambulatory adult population of the United States: the Slone survey. Jama, 287(3), 337-344..
- [100] Shankar, P. R., Partha, P. and Shenoy, N. (2002). Self-medication and non-doctor prescription practices in Pokhara valley, Western Nepal: A questionnaire-based study. BMC family practice, 3(1), 17..
- [101] Lucas, R., Lunet, N., Calvarho, R., Langa, J., Muanantatha, M. and Nkuanda, L. P. (2007). Pattern in the use of medicines by University students in Maputo Mozambique. Cadernos de Saúde Pública, 23, 2845–52..
- [102] Balcı, E., Gün, İ., Öztürk, A. and Öztürk, Y. (2003). Kayseri'de 7 sağlık ocağı bölgesi'nde halkın ağrı kesici bulundurma ve kullanım özellikleri. 8. Halk Sağlığı Günleri Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Bildiri Özetleri, Sivas..
- [103] Esin, M. N., Bulduk, S., Dural, Ç., Şenolan, G. ve Temel, E. (2007). Erişkin bireylerin ilaç kullanma ile ilgili davranışları. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 15, 139-145..
- [104] Yılmaz, E., Yılmaz, E., Karaca, F., Uçar, S. and Yüce, T. (2008). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin ilaç kullanma durumlarının incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3, 69-83..
- [105] WHO. (2000). General policy issues-Reports on individual drugs. WHO Drug Information, 14(1), 1-2, 13.
- [106] Phalke, V. D., Phalke, D. and Durgawale, P. M. (2006). Self-medication practices in rural Maharashtra, Indian Journal of Community Medicine, 31, 34-5..
- [107] Phalke, V. D., Phalke, D. and Durgawale, P. M. (2006). Self-medication practices in rural Maharashtra, Indian Journal of Community Medicine, 31, 34-5..

- [108] Olayemi, O. J., Olayinka, B. O. and Musa, A. I. (2010). Evaluation of antibiotic self-medication pattern amongst undergraduate students of ahmadu bello university, Zaria. Research Journal of Applied Sciences Engineering and Technology, 2, 35-38..
- [109] Hamel, M. J., Odhacha, A., Roberts, J. M .et al. (2001). Control in Bungoma District Kenya: A survey of home treatment of children with fever, bed net use and attendance at ante natal clinics. Bull of World Health Organ, 79, 1014-23..
- [110] Covington, T. R. (2006). Nonprescription drug therapy: issues and opportunities. The American Journal of Pharmaceutical Education, 7, 137-141..
- [111] Aquino, D. S. (2008). Why rational drug use must be a priority?.Jornal de Pediatria, 13, 733- 736..
- [112] Stiel, D. (2000). Exploring the link between gastrointestinal complications and over-the-counter analgesics: current issues and consideration. American Journal of Therapeutics, 7(2), 91-98..
- [113] AESGP. (2004). The economic and public health value of self medicatio Brussels, Belgium. Association of the European Self-Medication industry. URL: <http://www.aesgp.be/researchproject/finalreport.pdf>.
- [114] Pharma Info. Nirupama. URL:<http://www.pharmainfo.net/nirupama/self-medication-disadvantages,>
- [115] Amabile-Cuevas, C. (2010). Antibiotic resistance in Mexico: a brief overview of the current status and its causes. The Journal of Infection in Developing Countries, 4(3), 126-131..
- [116] Wonca World family doctors. Caring for people, www.woncaeurope.org/sites/default/documents/WONCA%20definition%20Turkish.
- [117] 5258 Sayılı Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun. Kanun numarası:5258. Kabul tarihi:24.11.2004. Yayımlandığı resmi gazete: Tarih:9.12.2004 Sayı:25665. Resmi Gazete 2004;44:1-3..
- [118] Akdağ R. İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Planı. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749. 2008: 66..
- [119] Sayek F. Türkiye’de Sosyalleştirmenin 50 yılı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ekim, 2012:179-81..
- [120] Öcek Z, Çiçeklioğlu M. Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamına Nasıl Dönüştürdü? Türk Tabipler Birliği Yayınları. 2013: 26-9..
- [121] Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı. (2012 - 2014.)

Erişim:www.saglık.gov.tr/TR/belge/1-2952/istatistik-yilliklari.html..

- [122] Carr-Hill AR. The measurement of patient satisfaction. J Public Health Med. 1992 Sep;14(3):236-49..
- [123] Kıdak LB, Aksaraylı B. Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: eğitim ve araştırma hastanesi uygulaması. Dokuz Eylöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2008; 10:(3):87-122..
- [124] Özer A, Çakıl E. Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetini etkileyen faktörler. Tıp Araştırma Dergisi. 2007; 5(3):140-3..
- [125] Nesanır N, Dinç G. Patient satisfaction level of the patients who were hospitalized in Manisa city. TAF Prev Med Bull, 2008; 7(5):419-28..
- [126] Kavuncubaşı Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal kitapevi. Ankara. 2000:291-304..
- [127] Aydoğan Ü. Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyeti. Uzmanlık Tezi, Genel Kurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Ankara, 2005:8..
- [128] Yılmaz M. Sağlık bakım kalitesinin bir ölçütü: hasta memnuniyeti. C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2001; 5(2):69-74..
- [129] Strasen L. Incorporating patient satisfaction standards into quality of care measures, J Nurs Adm, 1988; 18(5):5-6..
- [130] Baltacı D, Kara Hİ, Bahçebaşı T, Sayın S, Yılmaz A, Çeler A. Düzce ilinde birinci basamakta sağlık hizmeti alan hastaların aile hekimi ve muayenehanesi hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi: Pilot çalışma, Konuralp Tıp Dergisi, 2011;3(2):9-15..
- [131] Mete B, Pehlivan E, Tekin Ç, Nacar E, Unver E, Baran A. Satisfaction levels of the adults who benefit from the family medicine care in Malatya city center and the factors that affect it, Medicine Science, 2015;4(4):2721-31..
- [132] Bostan S, Havvatoğlu K. Europep aile hekimliği memnuniyet ölçeğine göre Gümüşhane aile hekimliği memnuniyet araştırması, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2014;3(4):1067-78..
- [133] Aktürk Z, Ateşoğlu D, Çiftçi E. Patient satisfaction with family practice in Turkey: Three-year trend from 2010 to 2012. European Journal of General Practice, 2015;21: 238-45..
- [134] Dağdeviren N, Aktürk Z. An evaluation of patient satisfaction in Turkey with the Europep instrument. Yonsei Medical Journal, 2004;45(1):23-8..
- [135] Wensing M, Vedsted P, Kersnik J, Peersman W, Klingenberg A, Hearnshaws H.

Patient satisfaction availability of general practice: an international comparison. Int J Qual Health Care, 2002;14:111-8..

- [136] Dirican R, Bilgen N. Halk Sağlığı. 2. Baskı, Bursa: Uludağ Üniversitesi Basımevi, 1993;51-52..
- [137] Öztekin Z, Eren N. Sağlık yönetimi. Bertan M, Güler Ç. Halk Sağlığı (Temel Bilgiler). Ankara:Özışık ofset, 1995;371-387..
- [138] Harker EB. Global Principles for Better Health Care: A Guide for Policymakers A Report for the International Federation of Pharmaceutical Manufactures Associations. (Ü. Türkoğulları Çev.). İstanbul: GANG Reklam Tanıtım ve Yayıncılık Tic Ltd Şti, 2006..
- [139] T.C. Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. Ankara: Mavi Ofset, 2004..
- [140] Aktürk Z. Hastalar Hekimlerini Değerlendiriyor, EUROPEP Ölçeği, DEU Tıp Fakültesi Dergisi 2002:153-160..
- [141] Aktürk Z. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti; 2012: 2-3..
- [142] Doğan E, Hıdıroğlu S, Karavuş M. Birinci basamak hekimlerinin hastalarla ilgili karşılaştıkları sorunların değerlendirilmesine yönelik niteliksel bir araştırma. JTFP 2017;8(1):2-10..
- [143] Vançelik, S., Çalıkoğlu, O., Güraksın, A. ve Beyhun, E. (2006). Erzurum il merkezindeki erişkinlerinilaçkullanım davranışları ve ilişkili faktörler. Toplum Hekimliği Bülteni, 25(2), 33-38..
- [144] Mollahaliloğlu S, Kosdak M, Sanisoğlu Y, Boz D, Demirok AB. "Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti". Akdağ R. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı. Ankara, Opus Basın Yayın, 2010..
- [145] Potiriadis M, Chondros P, Gilchrist G, Hegarty K, Blashki G, Gunn JM. How do Australian patients rate their general practitioner? A descriptive study using the general practice assessment questionnaire. Med J Aust 2008; 189(4):215–219..
- [146] Baker R, Mainous AG 3rd, Gray DP, Love MM. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. Scand J Prim Health Care 2003; 21(1):27-32..
- [147] Lionis C, Philalithis A. Patient satisfaction with medication: a challenge for primary health care. Fam Prac 2008; 25(5):319–320..
- [148] Abu Mourad T. Shashaa S. Markaki A. Alegakis A. Lionis C. Philalithis A. An evaluation of patients' opinions of primary care physicians: the use of Europep in

Gaza Strip-Palestine. J Med Syst 2007; 31(6):497–503..

- [149] Vedsted P, Sokolowski I, Heje HN. Data quality and confirmatory factor analysis of the danish Europep questionnaire on patient evaluation of general practice. *Scand J Prim Health Care*, 2008; 26(3):174-180..
- [150] Vedsted P, Heje HN. Association between patients" recommendation of their GP and their evaluation of the GP. *Scand J Prim Health Care*, 2008; 26(4):228-234..
- [151] G. D. Çetin D., *Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezlerinde Birinci Basamak Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*, İzmir: Uzmanlık Tezi, 2021.
- [152] *Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, Yaşam Memnuniyet Araştırması 2012, Ankara, 2013, s. 30.*
- [153] Tezcan D. Üçüncü basamak sağlık kuruluşunda hasta memnuniyeti. *Pam Tıp Derg* 2014; 7: 57-62..
- [154] Ünal D, Öztürk A, Tolga Y, Tasdelen C, Yazlak Z, Ögüt E ve ark. Kayseri Devlet Hastanesi"nden poliklinik hizmeti alan SSK mensubu erişkin hastalarda memnuniyet durumu. *Fırat Sağlık Hizmetleri Derg* 2008; 3(8): 85-98..
- [155] Hearnshaw H, Wensing M, Grol R, Ferreira P, Salmivaara HA, Hjortdahl P. The effects of interactions between patient characteristics on patients opinions of general practice care in eight European countries. *Prim Health Care Res Dev* 2002; 3: 231-237..
- [156] Turgu S, Edirne İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Hasta Memnuniyeti ve Hekim İş Doyumu İle İlişkinin Araştırılması. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Edirne, 2012..*
- [157] Lee Y, Kasper JD. Assessment of medical care by elderly people: General satisfaction and physician quality. *Health Serv Res* 1998;32:741–758.
- [158] Timur, A., Çetinkaya, F., Durmuş, H., & Yıldız, S. (2018). Erciyes Üniversitesi hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların Aile Hekimliği uygulamasından memnuniyet durumu. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(1), 2-11.
- [159] Ercan Ğ, Ediz B, Kan Ğ. Sağlık kurumlarında teknik olmayan boyut için hizmet memnuniyetini ölçebilmek amacıyla geliştirilen ölçek. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 30 (3): 151-157..
- [160] Balcı E. Kayseri il merkezinde çalışan öğretmenlerin sağlık hizmetleri hakkındaki görüşleri ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetleri. *Erciyes Tıp Dergisi* 2011; 33(2): 129-140..
- [161] Cihangiroğlu N, Uzuntarla Y. Müşteri Memnuniyetinin Çeşitli Demografik Özellikler Açısından Analizi: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İİBF*

Dergisi 2016; 6(1): 291-306..

- [162] *Erdem F, Öztoprak Y, Ulgen C, Emlik B.E, Gül K.F, Yıldız A. ve diğerleri. Bir Üniversite Hastanesinde Ayaktan ve Yatarak Tedavi Alan Hastaların Memnuniyet Düzeyi ve İlişkili Faktörler. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi 2015; 6(23): 12-20..*
- [163] Bakanlığı, T. S. (2010). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti. İnternet Adresi: <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/kitap-hsm.pdf>., Erişim Tarihi, 9, 2015.
- [164] *Erdem R, Rahman S, Avcı L, Demirel B, Köseoğlu S, Fırat G ve ark. Hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi. Erciyes Üniv İktisadi ve İdari Bilimler Fak Derg 2008;31:95-110..*
- [165] Çaylan, A., Dağdeviren, H. N., Öztora, S., & Turgu, S. (2018). Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doymu ile ilişkisi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 22(2), 78-91.
- [166] Lionis, C., Papadakis, S., Tatsi, C., Bertsias, A., Duijker, G., Mekouris, P. B., ... & Schäfer, W. (2017). Informing primary care reform in Greece: patient expectations and experiences (the QUALICOPC study). BMC health services research, 17(1), 255.
- [167] Yapakçı, A., Altun, A., Kesen, C. H., Yılmaz, E., Delican, O., & Atal, S. S. (2019). Ailelerin aile hekimliği'nden hizmet alımı ve memnuniyeti. The Journal of Turkish Family Physician, 10(1), 22-38.
- [168] *Schmittdiel JA, Shortell SM, Rundall TG, Bodenheimer T, Selby JV. Effect of primary health care orientation on chronic care management. Annals of family medicine 2006;4(2):117-23..*
- [169] *Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. Jama 2002;288(14):1775-9..*
- [170] *Maher RLJ, Hanlon JT, Hajjar ER. Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. Expert Opin Drug Saf 2014; 13(1): 10..*
- [171] *İlhan B, Bahat Öztürk G. Derleme: Yaşlı ve Akılcı İlaç Kullanımı. Türkiye Klinikleri J Geriatr – Special Topics 2015; 1(1): 1-7..*
- [172] *Aktekin, M., Erengin, K.H. (1994). Sağlık ocağı polikliniğine başvuru öncesi ilaç kullanımı. M. Aktekin ve K. H. Erengin (Editörler). Akdeniz üniversitesi tıp fakültesi halk sağlığı abd araştırma özetleri. Antalya, Akdeniz Üniversitesi, Yayın No:57,1..*
- [173] *Erdem Y, Karaaslan Y, Dilmen U. Ankara'nın bir bölgesindeki evlerdeki fazla ilaçlar üzerine bir çalışma. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999;171-174.*

- [174] Funda, Y. B., Fatma, N. and Cankara, Ş. Y. (2013). *Tıp fakültesi öğrencilerinde reçetesiz ilaç kullanımının değerlendirilmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2)..
- [175] Conlon FM. *Rx Drug abuse posing health crisis-NIDA. dRUG tOPICS* 2001;145:58-59.
- [176] Bakanlığı, S. (2006). *Türkiye ulusal sağlık hesapları hane halkı sağlık harcamaları 2002-2003. TC Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara.*
- [177] Nielsen MW., Hansen EH., Rasmussen NK. *Prescription And Non-Prescription Medicine Use In Denmark: Association With Socio-Economic Position. Eur J Clin Pharmacol* 2003; 59(8-9):677-84..
- [178] Nerenberg, K. A., Zarnke, K. B., Leung, A. A., Dasgupta, K., Butalia, S., McBrien, K., ... & Lamarre-Cliche, M. (2018). *Hypertension Canada's 2018 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults and children..*
- [179] «Aktürk Z, Dağdeviren N. Aile Hekimliğinin Kilometre Taşları: Millis ve Willard Raporları, Aile Hekimliği Uzmanlık Derneği Yayınları No:15, Anadolu Ofset, İstanbul-2004».
- [180] «Wonca, European Definition Of Family Medicine 2005. Türkçe çeviri editörleri: Okay Başak ve Esra Saatçi, Aile hekimliği Avrupa Tanımı, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayınları. 4 Nisan 2011.».
- [181] «AKDAĞ R. İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Planı, Ağustos 2008 T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 749».
- [182] «Sayek F. Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 yılı, Türk Tabipleri Birliği Yayınları. Ankara-Ekim 2012».
- [183] «Öcek Z, Çiçeklioğlu M. Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamına Nasıl Dönüştürdü? Türk Tabipler Birliği Yayınları – 2013».
- [184] «Yamalı S. Sağlıkta Dönüşüm: Aile Hekimliği Ders Notları – 2006».
- [185] «Öztek Z. Sağlıkta Dönüşüm ve Aile Hekimliği Toplum Hekimliği Bülteni, Cilt 25, Sayı 2, Mayıs 2006».
- [186] «Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012, Ankara-2013».
- [187] Tırpan K. Birinci Basamak ve Geriatri İlişkisi (Konuşma metinleri). 3. Akademik Geriatri.
- [188] Halila GC, dos Santos Czepula AI, Otuki MF, Correr CJ. Review of the efficacy

and safety of over-the-counter medicine. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences 2015; 51(2): 403-14..

- [189] Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in community settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014; 11(Art. No: CD001831): 1-2..
- [190] Bessell, T. L. (2003). Surfing, self-medicating and safety: buying non-prescription and complementary medicines via the internet. QualSaf Health Care, 12, 88–92..
- [191] Bond, C.M., Bradley, C. (1996). Over the counter drugs: the interface between the community pharmacist and patients. British Medical Journal, 312, 758–60..
- [192] Reay, G. (2009). All-party parliamentary drugs misuse group. An inquiry into physical dependence and addiction to prescription and over-the-counter medication. London: All-Party Parliamentary Drugs Misuse Group..
- [193] Royal College of General Practitioners. (2013). Addiction to medicines consensus statement. London: RCGP..
- [194] Bradley, C.P., Bond, C.(1996). Increasing the number of drugs available over the counter: arguments for and against. British Journal of General Practice, 46, 121.
- [195] Hughes, L.,Whittlesea, C. and Luscombe, D. (2002). Patients' knowledge and perceptions of the side-effects of OTC medication. Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics, 27, 243-8..
- [196] Arikpo, G. E., Eja, M. E., Enyi-Idoh, K. H. (2010). Self medication in rural Africa: The Nigerian experience. The Internet Journal of Health,11, 1..
- [197] FIP İlkeler Beyanı. (2004). Reçetesiz ilaçlar ilkeler beyanı. TEB Yayınları..
- [198] Ekmekçi PE., Arda, B. Temel Etik Kuramlar Açısından Adalet ve Sağlık Hakkı.
- [199] Hasta Hakları Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarih:1.8.1998 Gazete Sayısı 23420.
- [200] WHO. Antimicrobial Resistance: A Threat To Global Health Security. Rational Use Of Medicines By Prescribers And Patients 2005; A58/14..
- [201] Sağır M, Parlakpınar H. Akılcı İlaç Kullanımı. İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 3 (2): 32-35..
- [202] World Self-Medication Industry (WSMI), 2016. [Http://Www.Wsmi.Org/About-Self-Care-And-Self-Medication/What-Is-Self-Medication/](http://Www.Wsmi.Org/About-Self-Care-And-Self-Medication/What-Is-Self-Medication/)..
- [203] Silva M. Self-Medication In University Students From The City Of Rio Grande, Brazil. Biomed Central Public Health 2012; 12(339).1-7..

- [204] Badiger S, Kundapar R. Self-Medication Patterns Among Medical Students In South India. *Australasian Medical Journal* 2012; 5(4): 217-220..
- [205] İlhan, M. N., Tüzün, H., Aycan, S., Aksakal, F. N., & Özkan, S. (2006). Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların sağlık hizmeti kullanma özellikleri ve bazı sosyoekonomik belirteçlerle değişimi: sağlık reformu öncesi son saptamalar *THB*, 25(3), 33-41.
- [206] Marshall EG: Do young adults have unmet healthcare needs? *J Adolesc Health* 2011, 49(5):490–497.
- [207] Masseria C, Irwin R, Thomson S, Gemmil M, Mossialos E, *Primary care in Europe, The London School to Economics and Political Science*, 2009:1-42.
- [208] Bu-Alayyan S, Mostafa A, Al-Etaibi B, Sorkhou E, Al-Taher H, Al-Weqayyan A. Patient satisfaction with primary health care services in Kuwait. *Kuwait Medical Journal* 2008, 40 (1): 25-30..
- [209] Freeman GK, Olesen F, Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Fam Pract* 2003, 20(6):623-627..
- [210] Malcolm CE, Wong KK, Elwood-Martin R. Patients' perceptions and experiences of family medicine residents in the office. *Can Fam Physician* 2008; 54(4):570-1, 571.e1-6..
- [211] Bodenheimer T, Ghorob A, Willard-Grace R, Grumbach K. The 10 building blocks of highperforming primary care. *Ann Fam Med* 2014;12:166 -71.
- [212] Murray M, Davies M, Boushon B. Panel size: how many patients can one doctor manage? *Fam Pract Manag* 2007;14:44 -51..
- [213] Yarnall KS, Østbye T, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Family physicians as team leaders: “time” to share the care. *Prev Chronic Dis* 2009;6:59.
- [214] Tükel B, Acuner AM, Önder ÖR, Üzgöl A. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti. *Ankara Üniv Tıp Fak Mecmuası* 2004;57(4):205-214..
- [215] Edirne T, Avcı DK, Atmaca B. Van ilinde birinci basamakta hasta memnuniyeti: Ankete dayalı kesitsel çalışma. *Türk Aile Hek Derg* 2009;13(3):137-47..
- [216] Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N. Primary care: Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. *BMJ* 2003;326:258..
- [217] Fadiloğlu Ç, Yılmaz D, Yürekli A. Toplumda analjezik, antibiyotik ve trankilizan grubu ilaçların kullanımlarının ve bu konudaki bilgilerinin saptanması. *Ege Üniv*

Hemş Yüksek Okulu Derg. 1989;5:1-10.

- [218] *With Self-Medication Machado-Alba JE, Echeverri-Cataño LF, Londoño-Builes MJ, Et AL. Social, cultural and economic factors associated with self-medication. Biomédica 2014; 34: 580-588..*
- [219] *Marilia Garcez Correada Silva, Self Medication in University Students From The City Of Rio Grande, Brazil, 2012..*
- [220] *A. Peker G. Reçetesiz İlaç Kullanımı: Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Bilgi ve Davranışları. Uzmanlık Tezi. 2019.*
- [221] *Kaya H., Turan N., Keskin Ö. Üniversite Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanma Davranışları. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 18;1..*
- [222] *D. Z. A. M. S. M. Ö. M. I. B. K. F. M. S. Dağtekin G., Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuran Erişkinlerin Akılcı İlaç Kullanım Tutum Ve Davranışları., Türk Dünyası Uygulama Ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi, 2018.*
- [223] *Beasley JW, Hankey TH, Erickson R, et al. How many problems do family physicians manage at each encounter? A WReN study. Ann Fam Med 2004;2:405-10..*
- [224] *Özer O. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarla Yapılan Anket Çalışması ile Hasta-Hekim İletişiminin İncelenmesi.Uzm Tezi. İstanbul, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği KoorD. 2007.*

8. EKLER

EK 1: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu Örneği

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Sayın katılımcı,

Bu anket Dokuz Eylül Üniversitesine bağlı Gaziemir 10 No'lu Eğitim Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı 18 yaş üstü bireylerde reçetesiz ilaç kullanım durumlarını saptamak ve birinci basamak sağlık hizmetinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tez çalışması için geliştirilmiştir.

Çalışmaya katılımınız gönüllülük esasına dayanmakta olup, verdiğiniz yanıtlar kişisel bilgilerinizi ya da kimlik bilgileriniz belli etmeyecek biçimde yalnızca araştırmamızda kullanılacaktır. Lütfen her madde için size uygun seçeneği işaretleyiniz. Seçenek verilmeyen sorularda cevabınızı boşluğa yazınız. Katılımınız ve katkınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Konu hakkında bana sözlü açıklamalar yapıldı. Belirtilen koşullar dahilinde söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün:

Adı:
Soyadı:

Tarih:
İmza:

Araştırma Yapan Araştırmacının:

Adı: Erhan
Soyadı: İLHAN
Tel: 05342324215
Adresi: Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı İnciraltı Yerleşkesi Balçova/İZMİR

"Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri okudum."

Tarih:

İmza:

EK 2: Anket Formu

1- Kaç yaşındasınız?.....

2- Cinsiyetiniz? 1. Erkek 2. Kadın

3- Medeni durumunuz? 1.Evli 2.Bekar

4- Öğrenim durumunuz? 1. Okuryazar değil 2. Okuryazar 3. İlkokul mezunu

4.Ortaokul mezunu 5. Lise mezunu 6.Yükseköğretim-Üniversite

mezunu

5- Mesleğiniz nedir? 1. Öğrenci 2.Ev hanımı 3.İşçi 4.Memur 5.Emekli

6.Diğer.....

6- Aylık toplam geliriniz? 1.Gelirim giderimden az 2. Gelirim giderime eşit 3.Gelirim

giderimden fazla

7- Hekim tarafından tanısı konmuş herhangi bir kronik hastalığınız var mı? 1.hayır

2.evet(.....)

8- Daha önce hekim önerisi/reçetesi dışında ilaç aldınız mı? 1.Hayır 2. Evet

9- Hekim önerisi/reçetesi almadan aşağıdaki ilcalardan en çok hangi/hangilerini

kullanırsınız?(Birden fazla seçenek işaretlenebilir.)

1.Antibiyotikler

2.Ağrı kesici/Ateş düşürücü

3.Sindirim sistemi ilaçları

4.Solunum yolu ilaçları

5.Vitaminler

6.Diğer.....

10- Hekim önerisi/reçetesi dışında ilaç kullanmanızın sizce nedeni nedir?

1.Doktora gitmeye vaktim yok

2.Ayrıca muayene ve tetkik ücreti vermek istemiyorum

3.Sağlık sigortam yok

4.Hastalığım ciddi değildi

5.Sağlık merkezi eve uzak

6.Daha önceki benzer durumda doktorun vermiş olduğu ilacı kullanıyorum, gitmeye gerek duymuyorum

7.Diğer.....

11- Son 1 ay içerisinde reçetesiz ilaç kullandınız mı? 1.Hayır 2.Evet

12- Reçetesiz ilaçlar hakkındaki bilgilerinizin kaynağı nedir?

1.Doktor

2.Eczacı

3.Yazılı/görsel basın

4.Tanıdık/komşu/akraba

5.İnternet

6.Diğer.....

13- Reçetesiz ilaç kullanımını doğru buluyor musunuz? 1.Hayır 2.Evet

14- Benzer şikayetleri olan tanıdıklarınıza size iyi gelen bir ilaç tavsiyesinde bulunur musunuz?

1.Hayır 2.Evet 3.Fikrim yok

Son 12 ayda doktorunuz ve/veya muayenehanesi hakkında aşağıdaki durumlar için fikriniz nedir?	Kötü				Mükemmel	Uygun değil / İlgisiz
	1	2	3	4	5	
1 Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi						
2 Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi						
3 Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması						
4 Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması						
5 Sizi dinlemesi						
6 Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması						
7 Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi						
8 Günlük ihtiyaçlarınızı görecek kadar iyi hissetmenize yardım etmesi						
9 İşini tam yapması						
10 Sizi muayene etmesi						
11 Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi)						
12 Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması						
13 Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi						
14 Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması						
15 Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması						
16 Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi						
17 Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması						
18 Doktor dışı personelin yardımı						
19 Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz						
20 Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz						
21 Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz						
22 Bekleme odasında harcadığınız zaman						
23 Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması						