



**T.C.  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM  
DALI**

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI  
MERKEZİNE BAŞVURAN YETİŞKİN HASTALARDA  
AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN  
ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Makbule TANRIKULU DÜŞGÜN  
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Çiğdem GEREKLİOĞLU**

**ADANA-2024**



**T.C.  
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM  
DALI**

**ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM AİLE SAĞLIĞI  
MERKEZİNE BAŞVURAN YETİŞKİN HASTALARDA  
AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERİN  
ARAŞTIRILMASI**

**Dr. Makbule TANRIKULU DÜŞGÜN  
UZMANLIK TEZİ**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. Çiğdem GEREKLİOĞLU**

**ADANA-2024**

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübelerini paylaşarak bana yol gösteren, desteğini her zaman üzerimde hissettiğim, birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, tezimde büyük emeği olan tez danışmanım, değerli hocam Doç. Dr. Çiğdem Gereklioğlu'na,

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimi aldığım süre boyunca ve Uzmanlık eğitimimin her aşamasında, yardımları ve desteği ile eğitimime büyük katkısı olan, bana her gün yeniden iyi ki aile hekimliği dedirten değerli hocalarım Prof. Dr. Sevgi Özcan'a, Prof. Dr. Hatice Kurdak'a, Prof. Dr. Esra Saatçı'ya, Prof. Dr. Ersin Akpınar'a, Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Yelda Özer'e ve Öğr. Gör. Dr. Ayşe Nur Topuz'a,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm asistan ve çalışma arkadaşlarıma, Sevgili ailem, eşim ve çocuklarıma , Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Makbule TANRIKULU DÜŞGÜN

# İÇİNDEKİLER

|                                                    |      |
|----------------------------------------------------|------|
| TEŞEKKÜR.....                                      | I    |
| İÇİNDEKİLER .....                                  | II   |
| TABLolar LİSTESİ.....                              | IV   |
| ŞEKİLLER LİSTESİ .....                             | V    |
| SİMGELER ve KISALTMALAR .....                      | VI   |
| ÖZET .....                                         | VII  |
| ABSTRACT.....                                      | VIII |
| 1. GİRİŞ ve AMAÇ .....                             | 1    |
| 2. GENEL BİLGİLER .....                            | 3    |
| 2.1. İlaç Tanımı.....                              | 3    |
| 2.2. Akılcı İlaç Kullanımı .....                   | 4    |
| 2.2.1. Reçetelendirme Öncesi Süreç .....           | 6    |
| 2.2.2. Tanı ve Tedavi Süreci .....                 | 6    |
| 2.2.2.1. Hastalık Tanı Süreci.....                 | 6    |
| 2.2.2.2. Tedavi Düzenleme Süreci .....             | 7    |
| 2.2.3. İlaç Tedarik Süreci.....                    | 7    |
| 2.2.4. İlaç Uygulama/Kullanma Süreci .....         | 8    |
| 2.2.5. İlaç Atıkları ve İmha Süreci.....           | 8    |
| 2.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı.....            | 9    |
| 2.4. Dünya’da Akılcı İlaç Kullanımı .....          | 10   |
| 2.5. Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı .....        | 11   |
| 2.6. Türkiye’de ve Dünyada İlaç Harcamaları.....   | 12   |
| 2.7. Aile Hekimliği ve Akılcı İlaç Kullanımı ..... | 13   |
| 2.8. Anksiyete ve Depresyon .....                  | 14   |

|                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| 2.8.1 Anksiyete .....                                                      | 14 |
| 2.8.2. Depresyon .....                                                     | 15 |
| 3. GEREÇ ve YÖNTEM .....                                                   | 17 |
| 3.1. Araştırmanın Zamanı, Yeri ve Tipi.....                                | 17 |
| 3.2. Araştırmanın Etik Yönü.....                                           | 17 |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....                                 | 17 |
| 3.4. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler .....                        | 18 |
| 3.4.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu .....                            | 18 |
| 3.4.2. Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği.....                                    | 18 |
| 3.4.3. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADS).....                      | 19 |
| 3.5. İstatistiksel Değerlendirme .....                                     | 19 |
| 4. BULGULAR.....                                                           | 21 |
| 5. TARTIŞMA .....                                                          | 33 |
| 5.1. Sosyodemografik Değişkenler ile AİK Bilgi Düzeyinin İncelenmesi ..... | 33 |
| 5.2. İlaç Kullanma Davranışlarının İncelenmesi .....                       | 41 |
| 5.3. AİK ve Anksiyete Depresyon .....                                      | 49 |
| 5.4. Çalışmamızın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları .....                    | 51 |
| 6. SONUÇ ve ÖNERİLER .....                                                 | 53 |
| 7. KAYNAKLAR .....                                                         | 56 |
| 8. EKLER.....                                                              | 68 |
| 8.1. Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu.....                                   | 68 |
| 8.2. Ek 2.Sosyodemografik Veri Toplama Formu.....                          | 69 |
| 8.3. Ek 3. Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği .....                               | 73 |
| 8.4. Ek 4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği .....                        | 74 |

## TABLolar LİSTESİ

| <u>Tablo No</u>                                                                                                                            | <u>Sayfa No</u> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi.....                                                                    | 21              |
| Tablo 2. Katılımcıların sağlık kuruluşuna başvurma davranışlarının incelenmesi .....                                                       | 22              |
| Tablo 3. Katılımcıların ek hastalık durumlarının dağılımı .....                                                                            | 22              |
| Tablo 4. Katılımcıların reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanma davranışlarının incelenmesi.....                                               | 24              |
| Tablo 5. Çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin bulguların incelenmesi .....                                                               | 25              |
| Tablo 6. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların dağılımı .....                                                                     | 25              |
| Tablo 7. Katılımcıların demografik özellikleri ile ölçek puanları arasındaki farklılıklar.....                                             | 28              |
| Tablo 8. Katılımcıların sağlık kuruluşuna başvurma davranışları ile ölçek puanlarının incelenmesi.....                                     | 30              |
| Tablo 9. Katılımcıların ek hastalık varlığı, reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanma davranışlarının ölçek puanlarıyla karşılaştırılması ..... | 31              |
| Tablo 10. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi .....                                                                            | 32              |

## ŞEKİLLER LİSTESİ

| <u>Şekil No</u>                                                                    | <u>Sayfa No</u> |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Şekil 1. Akılcı ilaç kullanım tarafları .....                                      | 5               |
| Şekil 2. Akılcı olmayan ilaç kullanımı şekilleri .....                             | 10              |
| Şekil 3. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin incelenmesi ..... | 26              |
| Şekil 4. Katılımcıların anksiyete düzeylerinin incelenmesi .....                   | 26              |
| Şekil 5. Katılımcıların depresyon düzeylerinin incelenmesi.....                    | 27              |



## SİMGELER ve KISALTMALAR

|             |                                               |
|-------------|-----------------------------------------------|
| <b>AİK</b>  | : Akılcı İlaç Kullanımı                       |
| <b>AİKÖ</b> | : Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği                |
| <b>AOİK</b> | : Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı               |
| <b>DSÖ</b>  | : Dünya Sağlık Örgütü                         |
| <b>HADÖ</b> | : Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği          |
| <b>SPSS</b> | : Statistical Package for the Social Sciences |
| <b>TL</b>   | : Türk Lirası                                 |
| <b>DM</b>   | : Diabetes Mellitus                           |
| <b>HT</b>   | : Hipertansiyon                               |



## ÖZET

### Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yetişkin Hastalarda Akılcı İlaç Kullanımı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması

**Amaç:** Bu çalışmada, Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran yetişkin hastalarda akılcı ilaç kullanımı ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmanın evrenini, Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı 051 ve 056 nolu birimlere başvuran 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmıştır. Kesitsel tipteki araştırmamızda 15 Aralık-15 Ocak tarihleri arasında yüz yüze görüşme tekniği ile katılımcılara sosyodemografik bilgi formu ile birlikte 'Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği' ve 'Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği' uygulanmıştır. Tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan 361 bireyin yaş ortalamaları  $33,6 \pm 11,6$  yıl idi ve 230'u (%63,7) kadındı, katılımcıların 271'i (% 75,1) reçetesiz ilaç kullanmaktaydı. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların %73,96'sının (n=267) akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olduğu, eğitim düzeyi arttıkça akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin arttığı görüldü ( $p < 0,001$ ), gelirleri giderlerinden fazla olan katılımcıların ( $p < 0,05$ ), ek hastalığı olanların ( $p < 0,05$ ) akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyleri daha yüksekti ( $p < 0,05$ ). Şikâyeti oldukça sağlık kuruluşuna başvuranların, sigara kullananların ( $p < 0,05$ ), aileleri ile birlikte yaşayanların ( $p < 0,05$ ), reçetesiz ilaç kullananların ( $p = 0,001$ ) daha düşük akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerine sahip oldukları belirlendi ( $p = 0,020$ ). Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu belirlendi (sırasıyla  $r = 0,396$ ;  $r = 0,311$ ). Katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ise pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki olduğu saptandı ( $r = 0,788$ ).

**Sonuç:** Akılcı ilaç kullanımı konusunda düzenlenecek eğitimlerde sosyal medya kanallarının daha aktif kullanılması, reçetesiz ilaç kullanımlarının önüne geçilmesi, ilaç israfının önlenmesi gibi konularda olumlu stratejilerin geliştirilmesi, birinci basamak sağlık kuruluşundaki hekimlerin topluma ilaç kullanımı hakkında daha fazla eğitim ve danışmanlık hizmeti vermesi, akılcı ilaç kullanımı ilkeleri hakkında sağlık çalışanlarının eğitimi ve bu konuda yapılacak çalışmaların sürdürülmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile hekimliği, akılcı ilaç kullanımı, anksiyete, depresyon

## ABSTRACT

### **Investigation of Rational Drug Use and Associated Factors in Adult Patients Applying to Çukurova University Training Family Health Center**

**Objective:** This study aims at investigating rational drug use and related factors in adult patients admitted to Çukurova University Education Family Health Center.

**Materials and Methods:** The population of the study consisted of individuals aged 18 years and over enrolled in Çukurova University Training Family Health Units 051 and 056. In this cross-sectional study, the participants were administered the 'Rational Drug Use Scale' and 'Hospital Anxiety and Depression Scale' together with the sociodemographic information form by face-to-face interview technique between December 15 and January 15. Statistical significance level was taken as 0,05 in all tests.

**Results:** The mean age of the 361 participants was  $33.6 \pm 11.6$  years, 230 (63.7%) were female, and 271 (75.1%) were using over-the-counter medication. It was observed that 73.96% (n=267) of the participants had adequate knowledge about rational drug use, the level of knowledge about rational drug use increased with increasing educational level ( $p < 0,001$ ), participants whose income was higher than their expenses ( $p < 0,05$ ) and those with additional diseases ( $p < 0,05$ ) had higher levels of knowledge about rational drug use ( $p < 0,05$ ). It was determined that those who applied to a health institution when they had a complaint, smokers ( $p < 0,05$ ), those who lived with their families ( $p < 0,05$ ), and those who used over-the-counter medication ( $p = 0.001$ ) had lower rational drug use knowledge levels. There was a moderate positive correlation between the participants' rational drug use knowledge levels and their anxiety and depression levels ( $r = 0.396$ ;  $r = 0.311$ , respectively). There was a strong positive correlation between anxiety and depression levels of the participants ( $r = 0.788$ ).

**Conclusion:** It is necessary to use social media channels more actively in trainings to be organized on rational drug use, to develop positive strategies on issues such as preventing the use of non-prescription drugs, preventing drug waste, to provide more education and counseling services to the community about drug use by physicians in primary health care institutions, to train health professionals about the principles of rational drug use and to continue the studies to be carried out on this subject.

**Keywords:** Family medicine, rational drug use, anxiety, depression

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

İlaçlar, sağlığın geliştirilmesi ve korunmasında önemli bir rol oynamaktadır.<sup>1</sup> Kullanıcının yararına fizyolojik ya da patolojik bozuklukları değiştirmeyi amaçlayan ilaçlar, yanlış kullanıldığında hayatı tehdit eden sağlık sorunları oluşturabilmektedir.<sup>2,3</sup> İlaçlara yapılan küresel harcamalar 2018 yılında 1,2 trilyon dolara ulaşırken ve 2023 yılında 1,5 trilyon doları aşması beklenmektedir.<sup>4</sup>

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) akılcı ilaç kullanımını (AİK) “hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları, kendi bireysel gereksinimlerini karşılayan dozlarda, yeterli süre boyunca, kendilerine ve topluma en düşük maliyetle almaları” olarak tanımlamaktadır.<sup>5</sup> Bir diğer tanımda ise, hastaya doğru tanı konarak, güvenilir bir tedavi seçeneğinin seçilmesi ve uygun reçetelendirme ile hastaya ilgili bilgi ve talimatların detaylı bir şekilde verilmesini içeren bir süreç olarak tanımlanmaktadır.<sup>6</sup>

Akılcı olmayan kullanım ise, ilaçların yukarıda tanımlandığı gibi akılcı kullanıma uygun olmayan şekilde kullanılmasıdır. Bu durum genellikle çoklu ilaç kullanımı, antimikrobiyallerin uygunsuz kullanımı, enjeksiyonun aşırı kullanımı, klinik kılavuzlara uygun şekilde reçete yazılmaması ve çoğunlukla sadece reçeteye satılan ilaçlarla kendi kendine ilaç tedavisinin uygunsuz olması şeklinde ifade edilmektedir.<sup>5</sup>

Dünya nüfusunun yaklaşık üçte birinin temel ilaçlara erişimi olmamasına rağmen, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde ilaçların yaklaşık yarısının uygunsuz şekilde reçete edildiği, dağıtıldığı veya satıldığı ve tüm hastaların yaklaşık yarısının ilaçlarını düzgün şekilde alamadığı bilinmektedir. Ayrıca, doğru ilacın doğru hastaya verilmesinin sağlanması tüm sağlık profesyonelleri için yüksek bir öncelik olmasına rağmen, az sayıda ülkede ilaçların akılcı kullanımını sağlamak için gerekli temel politika çerçeveleri bulunmaktadır.<sup>5,7,8</sup>

Akılcı olmayan ilaç kullanımı, hastalar, sağlık sistemi ve bir bütün olarak toplum için önemli zararlı sonuçları olan son derece ciddi bir küresel sorundur. Hasta sonuçlarının kötü olması, antimikrobiyal direncin hızla artması, kan yoluyla bulaşan enfeksiyonların yayılması, kaynakların israfı ve ilaç yan etkilerinin artması ile morbidite ve mortalite oranının artmasına neden olmakta ve bu nedenle sağlık alanında harcamaların arttığı görülmektedir. Akılcı olmayan ilaç kullanımının fazla olması, uygunsuz hasta taleplerini arttırarak ilaç stoklarının azalmasına ve hastaların sağlık

sistemine olan güveninin kaybolması nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim ve katılım oranlarının azalmasına yol açabilmektedir.<sup>7,9,10</sup>

Her ne kadar çeşitli faktörler ilaç kullanım döngüsünün farklı aşamalarında akılcı olmayan ilaç kullanımını destekleyebilse de, hem hizmet sağlayıcıların hem de hastaların yeterli bilgi ve beceriye sahip olmaması, ilaçlara sınırsız ulaşım, ilaç şirketlerinden gelen ekonomik teşvikler, reçete kontrolünün yetersiz olması, uygunsuz ilaç tanıtımı, ilaçlarla ilgili önyargıların varlığı, sağlık personelinin fazla çalışması, ilaç satışından kar etme amacı ve ilaçların sağlık sigortası kapsamında olmasının akılcı olmayan ilaç kullanımına neden olan faktörler arasında olduğu literatürde tanımlanmıştır.<sup>5,9,11</sup> Yanlış veya gereğinden fazla ilaç kullanımı hem hasta güvenliğinde tehdit oluşturmakta hem de maddi kaynakların gereksiz yere harcanmasına neden olmaktadır. Hastalar için ilk temas noktası ve akılcı ilaç kullanımının taraflarından biri olarak aile hekimleri hem doğru ilaç reçeteleme hem de hastalara ve eczacılara da eğitim verebilme ve farkındalık yaratma açısından kilit noktada görev yapmaktadır. Bu nedenle bu çalışma ile Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine başvuran yetişkin hastalarda akılcı ilaç kullanımı ve ilişkili faktörlerin araştırılması, literatüre ve hasta eğitimine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

Tarih boyunca ilaçlar ve ilaçların kullanımı sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır.<sup>5</sup> Eski Çin, Hint ve Akdeniz uygarlıklarında hastaları tedavi etmede bitki ve minerallerin kullanıldığı ilk yazılı belgelere dayanmaktadır. Sekizinci yüzyılda Arap tıbbının Avrupa'ya gelmesini Emevi Devleti sağlamıştır. On dokuzuncu yüzyılda modern farmakoloji gelişimine kadar hem hayvanlarda hem de insanlarda deneysel çalışmalar yürütülmüştür. Son yüzyıllarda da antibiyotikler ve kemoterapi ilaçlarında kayda değer ilerlemeler görülmüştür.<sup>12,13</sup>

İlaç tedavileri modern tıp uygulamalarında en önemli tedavi seçenekleri arasında bulunmaktadır. Günümüzde kullanılan ilaç sayısı ve çeşitliliğinde artış ve beraberinde hastalıkların tedavisine yönelik kayda değer ilerlemeler görülmüştür. Öte yandan bilinçsiz ilaç tüketimi, uygun ilaçlara erişimde yaşanan zorluklar gibi sorunların çözümüne yönelik farklı öneriler sunulmuş ve DSÖ'nün akılcı ilaç kullanımını tanımlaması ile AİK'ye yönelik uygulamalar farklı bir boyutta ele alınmaya başlanmıştır.<sup>3,14</sup>

### 2.1. İlaç Tanımı

Aktif bir molekül olarak bilinen ilaçlar DSÖ tarafından 'fizyolojik sistemleri ya da patolojik olayları, kullanıcı yararına değiştirmek ya da incelemek amacıyla kullanılabilen bir madde' olarak tanımlanmaktadır.<sup>15</sup> Bir diğer tanımla tıp alanında kullanılan ve biyolojik etkinliği olan, saf bir kimyasal madde veya ona eşdeğer olan bitkisel/hayvansal kaynaklı, standart ölçüde aktif madde içeren karışımdır.<sup>16</sup> İlaçlar, hastalıkların tedavisinde, önlenmesinde (profilaksi amaçlı), tanılarının konulmasında ve diğer tıbbi nedenler (gebeliği önleme vb) gibi çeşitli amaçlarla kullanılmaktadır.<sup>17</sup>

Modern tıp uygulamalarında sağlık hizmetlerinin gerçekleştirilmesinde ilaç kullanımı vazgeçilemez bir bileşendir. Dünya Sağlık Örgütü, insan hakları yer arasında yer alan sağlık ve sağlığa erişimde eşitlik ilkesi ile ilaca ulaşılabilir olmayı uzun dönem ilaç politikalarında önemli bir bileşen olarak görmektedir.<sup>18</sup> Bireylerin hastalıklardan korunması modern tıp uygulamalarının temel hedefi olsa da, günümüzde ilaç kullanımı ile hasta bireylerin iyileştirilmesi sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır ve bu nedenle tıbbi tedavi sürecinde ilaç kullanımı önemli yer tuttuğu bildirilmiştir.<sup>19</sup>

Uygun ilaç, gösterdiği etkilerle özel olmalı ve tüm popülasyonda aynı öngörülebilir etkiyi göstermelidir. Aynı zamanda eşzamanlı alınan besin veya diğer ilaçlarla etkileşime girmemeli, toksik dozajlarda olmamalı ve tek bir doz alımı ile kalıcı tedaviyi sağlamalıdır. Ancak, günümüzde bu tanımlara uygun mükemmel ilaçların keşfi henüz gerçekleşmemiştir. Uygulanan ilaç tedavileri bireyler üzerinde farklı etkiler meydana getirmektedir.<sup>20</sup>

Doğru ilaç seçimi ve doğru uygulama birlikteliğinde ilaçlar beklenen etkinliklerini gösterebilmektedir. İlaç kullanım talimatları ilaç uygulamaları açısından öncelikli olmalı ve nadir de olsa farklı uygulama önerilerinin olabileceği unutulmamalıdır.<sup>21</sup>

## **2.2. Akılcı İlaç Kullanımı**

Kılavuzlara göre akılcı ilaç kullanımı; ilaç seçiminin, dozunun, süresinin, klinik ihtiyaçlara uygun, hizmet sağlayıcıya, topluma ve hastaya en düşük maliyetle verilmesini ve doğru şekilde dağıtılıp uygun şekilde alınmasını sağlayacak şekilde doğru ve uygun kullanımını içeren bir süreç olarak tanımlanmaktadır.<sup>22</sup> Doğru kalitede, güvenli ve etkili doğru ilacın mevcut olması, pazarlamanın doğru yapılması, uygun maliyetli olması ve alt yapısının bireye ve topluma uygun olması gerekmektedir. Literatürde, ilaçların doğru kullanımı, etkili reçete yazma gibi tamamlayıcı terimler de ‘akılcı kullanım’ yerine kullanılmaktadır. İlacın bu şartlara uygun kullanılmaması halinde akılcı olmayan veya yanlış veya yersiz kullanım olarak kabul edilmektedir. Özel veya kamu hastanelerine başvuran hastaların %30-40’ında ilaçların yarısının reçeteleme, dağıtım, satış veya uygulama aşamalarının kılavuzlara uygun olmadığı tahmin edilmektedir.<sup>5</sup>

Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü’nün önerileri aşağıda özetlenmiştir:<sup>5</sup>

- Ulusal düzeyde bir kurum oluşturulmalı ve bu ilgili kurumun ilaç politikalarının denetlenmesi ve planlanmasının yürütülmesinde görev alması,
- Karar verme, eğitim verme ve planlama gibi süreçlerde klinik tanı ve tedavi rehberlerinin kullanılması,
- İlaç listelerinin ulusal düzeyde geliştirilmesi ve ilgili tedavilerde kullanılması,
- İlaç ve tedavi komitelerinin merkezi hastane ve ilçelerde kurulması,

- Farmakoterapi eğitiminin probleme dayalı bir şekilde düzenlenmesi ve lisans programlarının öğretim planında kullanılması,
- Tıp eğitimlerine hizmet içinde de devam edilmesi,
- Dönütlerin ve denetimlerin önemsenmesi,
- Bağımsız ilaç kökenlerinin benimsenmesi,
- Halka yönelik ilaç ile ilgili eğitimlerin gerçekleştirilmesinin desteklenmesi,
- Etik dışı finansal müdahalelerden kaçınılması,
- Mecburi ve mevzuata uygun düzenlemelerin kullanılması,
- Sağlık alanında yeterli personel ve ilaç bulunabilirliğini sağlamak için gerekli harcamaların hükümet tarafından yapılması.

Literatürde akılcı ilaç kullanımı ‘etkili, güvenli ve ekonomik şekilde ilaç tedavisinin uygulanmasını sağlayan bir planlama, yürütme ve izleme sürecinden oluşan bir bütündür’ gibi tanımlamalar da bulunmaktadır.<sup>23</sup>

Akılcı ilaç kullanımında hekim, eczacı, diğer sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları, ilaç endüstrisi, meslek odaları, sivil toplum kuruluşları ve medya gibi çok sayıda kişi, kurum ve kuruluşlar önemli görevler üstlenmelidir.<sup>14</sup>

| <b>Akılcı İlaç Kullanım Tarafları</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>•Hekim</li><li>•Eczacı</li><li>•Diğer sağlık çalışanı</li><li>•Hastalar, hasta yakını</li><li>•Sağlık otoriteleri</li><li>•Geri ödeme kurumu</li><li>•İlaç endüstrisi</li><li>•Akademi</li><li>•Meslek odaları</li><li>•Sivil toplum kuruluşları</li><li>•Medya</li><li>•Diğer</li></ul> |

Şekil 1. Akılcı ilaç kullanım tarafları<sup>14</sup>

Akılcı ilaç kullanımında süreç, bazı aşamalardan oluşmaktadır. Bu süreçler 5 maddede özetlenmiştir.<sup>24,25</sup>

1. Reçetelendirme öncesi süreç,
2. Tanı ve tedavi süreci,
3. İlaç tedarik süreci,
4. İlaç uygulama/kullanma süreci,
5. İlaç atıkları ve imha süreci.

### **2.2.1. Reçetelendirme Öncesi Süreç**

İlaçların eczaneden hastaya ulaşmasına kadar olan süreci ifade eden reçetelendirme öncesi süreç; ilaçların geliştirilmesi, ruhsat alma aşaması, üretim aşaması, pazarlama aşaması, dağıtım aşaması ve depolanma aşamasını kapsamaktadır. Bu bağlamda tüm aşamalarda ilaç için gerekli tüm basamakların gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu süreç, ilaç üretiminin uygun şekilde gerçekleştirilmesi, ulusal ve uluslararası rehberlere ve geri ödeme koşullarının göz önünde bulundurulması uygun şekilde depolama ve dağıtımının sağlanması ve depolanma koşullarının uygun olması etik değerlere her aşamada önem verilmesi gibi basamakları kapsamaktadır. Aşamaların herhangi birinde ortaya çıkabilecek sorunlar küresel, ulusal ve bölgesel düzeyde akılcı olmayan ilaç kullanımına neden olabilmektedir.<sup>26</sup>

### **2.2.2. Tanı ve Tedavi Süreci**

Hekimler, hastalık tanı ve tedavisinin düzenlenme sürecinden birincil derecede sorumludur. Bu bağlamda, hastalıkların tanısını koyma, tedavinin amaçlarını belirleme, tedavi seçeneklerini gözden geçirerek uygun tedavileri belirleme, ilaç tedavisi uygulanacak hastalarda uygun ilaçları seçme, uygun şekilde ilaç reçetelendirme, hastaları bu süreçlerde detaylı bilgilendirme ve tedavi başarısını değerlendirme amacıyla hastaların doğru şekilde takibi hekimin görevleri arasındadır.<sup>24</sup>

#### **2.2.2.1. Hastalık Tanı Süreci**

Bu süreçte hekime başvuran hastanın öncelikle sorunu doğru şekilde tanımlanarak hastalığının tanısının doğru konulması hedeflenmektedir. Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri



doğrultusunda hekim tarafından hastaya konulan hastalık tanısı açık ve net olarak hastaya açıklanmalıdır.<sup>27</sup>

#### **2.2.2.2. Tedavi Düzenleme Süreci**

Hasta için en uygun tedavi, tedavinin amaçları belirlenerek hekim tarafından düzenlenmelidir. Farmakolojik veya non-farmakolojik yöntemlerle hastalıkların tedavisi gerçekleştirilebilmektedir. Farmakolojik olmayan bir tedavi durumunda hekim tarafından ayrıntılı bir şekilde hasta bilgilendirilmelidir. Farmakolojik tedavi kapsamında ise hastaya uygun ilaçların reçetelendirmesi yapılmalıdır.

En önemli tedavi aşamalarından biri de konulan hastalık tanısına uygun ilaçların seçimidir. Uygun ilaç seçimi detaylı değerlendirmelerle hekim tarafından hasta özelinde yapılmalıdır. Hekimler, akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda kanıta dayalı tıp uygulamalarından faydalanarak ve bilgi ve tecrübelerini de sürece dahil ederek tedavi/ilaç seçiminde bulunmalıdır. Bu doğrultuda hekimlerin, günlük hayatta sıklıkla karşılaştıkları hastalıklara yönelik kişisel tedavi/ilaç listeleri oluşturması önemlidir. Kişi özelinde yapılacak değerlendirmeler sonucunda hekim, hastaya en uygun ilaçları reçete etmelidir.<sup>26,28</sup>

#### **2.2.3. İlaç Tedarik Süreci**

İlaç tedarik süreci, hekim tarafından hastalığın tanısının konulması ve tedavi protokolünün oluşturulması sürecinden sonra gelmektedir. Bu süreçte çoğunlukla eczacılar yer almaktadır. Eczacılık Fakültelerinde ilaç konusunda lisans eğitimini tamamlayan, ilacın hazırlanması ve hastaya ulaştırılmasını sağlayan kişiler ‘Eczacı’ olarak tanımlanmaktadır.<sup>29</sup> Bunlara ek olarak, eczacıların hastaya yönelik eğitimler düzenlemesi de AİK açısından önem taşımaktadır. Eczacılar tarafından hastaların ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi, bu doğrultuda düzenli kayıtların tutulması ve ihtiyaç halinde ilgili kurum ve kuruluşlara iletilmesi ile toplumun ilaç kullanım alışkanlıklarının tespit edilmesi açısından önemlidir. Eczacıların akılcı ilaç kullanımı ilkelerine göre hareket etmesi ile hastalara uygulanan tedavi başarısında artma, hasta güvenliğini tehdit edecek risklerde azalma ve ilaç harcamalarında azalma gibi olumlu sonuçlar elde edilecektir.<sup>26,30</sup>

#### 2.2.4. İlaç Uygulama/Kullanma Süreci

İlaç uygulama ve kullanma süreci multidisipliner bir yaklaşım gerektirmektedir. Bu süreçte hastaların ilacı kullanması ve/veya yakınları tarafından hastaya kullandırılması, hastaneye yatışı verilen hastalar için eczaneden ve/veya klinikteki ilaç depolama merkezlerinden ilacın temin edilip sorumlu hemşireler tarafından uygulanması gibi farklı uygulama şekillerini içeren bir süreçtir. Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda bu sürecin başarı ile sonuçlanabilmesi için ilacı kullanan/uygulayan kişilerin, hekim, eczacı ve diğer sağlık personelinin bu süreç hakkında detaylı bilgiye sahip olması ve kendisine düşen sorumlulukları yerine getirmesi elzemdir.<sup>14,29,30</sup>

#### 2.2.5. İlaç Atıkları ve İmha Süreci

Tehlikeli atık olarak değerlendirilen ilaçların toksik özellikleri bulunmaktadır. Bu nedenle ilaçların imha süreci de AİK ilkeleri kapsamında önemli bir basamaktır. Temel olarak akılcı ilaç kullanımı kapsamında iki önemli nokta bulunmaktadır:

- İlaç atığını azaltma adına ilaç israfını azaltmak,
- Kullanılmayan ilaçları kurallar doğrultusunda, çevre ve toplum sağlığını göz önünde bulundurarak tehdit oluşturmayacak şekilde imha etmek.

Atık yönetiminin yeterli yapılamadığı durumlarda, ilaç israfları ciddi boyutlara ulaşmakta ve bu nedenle ekonomik kayıplar yaşanmaktadır. Bu durum ilaç uygulayan kişilere, hastaya, kurum çalışanlarına, topluma ve çevreye özetle özelden genele ciddi boyutta zarar vermektedir. Bu duruma neden olarak teknik donanım ve altyapı eksiklikleri ve konu hakkında bilgi yetersizliği gösterilebilir.

İlgili sağlık kuruluşları ve evlerde ilaç atığı yönetiminin uygunsuz olduğu durumlar ile sıklıkla karşılaşılabilir. Bu duruma örnek olarak ilaç atıklarının ev atığı şeklinde atılması gösterilebilir. Bu yönde yaşanan sorunların başarılı bir şekilde çözülebilmesi ve AİK ilkelerine uygun altyapı ve yönetim eksikliklerinin giderilmesi, bu sürece dahil olan tüm sağlık personeline atık konusunda yeterince verilmesi, atık ve imha süreçlerinin kılavuzlara uygun olarak gerçekleştirilmesi ve hastaların bu konuda eğitimi gerekmektedir.<sup>2,14,24</sup>

Ülkemizde miadı geçen veya tedavi sonrası geride kalan ilaçların imhası ile ilgili hastalar çeşitli sıkıntılar yaşamaktadır. Buna ek olarak, ilaç atıklarının toplanarak atık

ünitelerine ulaştırılması, atık imha merkezlerinin sayısı, atıkların imha birimlerine ulaştırılması gibi konularda sıkıntılar yaşanmaktadır.

Belirlenen yönetmelikler kapsamında toplanan atıklar, gerekli ekipman ve alt yapıya sahip özel merkezlerde insan ve çevre sağlığında tehdit oluşturmayacak şekilde imha edilmektedir. Gerekli donanımına sahip ilaç merkezlerin sayısının az olması atıkların uygun şekilde imhasında sorun yaşanmasına neden olmaktadır. Bu şekilde ilaçların yanlış koşulda imhası akılcı olmayan ilaç kullanımına neden olmaktadır. Akılcı ilaç kullanımı açısından ilgili sağlık personelinin uygun şekilde davranması ve sorunların çözümüne odaklanması imha sürecinde de önem taşımaktadır.<sup>14,31</sup>

### **2.3. Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı**

Akılcı olmayan ilaç kullanımı ilaçların uygun olmayan şekilde ve yönergelere uygun kullanılmaması olarak tanımlanabilir ve günümüzde toplumlarda sıklıkla karşılaşılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya genelinde hastaların yaklaşık %50'sinin ilaç kullanımlarının yanlış olduğu ve çoğunluğunda ilaçların reçetelendirilmesinde sorun olduğu ve dağıtım ve satış işlemlerinde problemlerle karşılaşıldığı görülmüştür.<sup>8,32,33</sup>

Akılcı olmayan ilaç kullanımının (AOİK) antimikrobiyal direnç gelişmesi, hastaların tedaviye uyumunun azalması, ilaç etkileşimleri, sınırlı kaynakların israfı, hastalığın nüksetmesi, tedavi süresinin uzaması, yan etki sıklığının artması, tedavi maliyetlerinin artması gibi birçok sonucu bulunmaktadır. Hekimler, eczacılar, diğer sağlık çalışanları, hastalar, hasta yakınları, sağlık otoriteleri, geri ödeme kurumları, ilaç endüstrisi, akademi, meslek odaları, sivil toplum kuruluşları ve medya gibi pek çok kişi, kurum ve kuruluşa bu doğrultuda önemli görevler düşmektedir.<sup>5,8</sup>

Az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerde AOİK, halk sağlığını olumsuz bir şekilde etkileyen ve takibinin yapılması ya da düzenlemesi oldukça zor olan alışkanlıklardır.<sup>34</sup> Akılcı olmayan ilaç kullanım şekilleri farklılık gösterebilmektedir.<sup>35</sup>

### **Akılıcı Olmayan İlaç Kullanımı Şekilleri**

- Birden fazla ilaç kullanımı (Polifarmasi)
- Gereksiz veya gereğinden fazla ilaç kullanımı
- Yanlış tedavi uygulanması
- Kılavuzlara uygun olmayan tedavilerin tercih edilmesi
- Hasta bilgilendirmesinin yetersiz olması
- Yanlış ilaç hazırlama yöntemleri
- Saklama koşullarının uygunsuz olması
- İmha işlemlerinin yanlış yapılması

**Şekil 2. Akılıcı olmayan ilaç kullanımı şekilleri<sup>35</sup>**

Akılıcı olmayan ilaç kullanımında sıklıkla karşılaşılan problemler şu şekilde sıralanmaktadır:<sup>36</sup>

- Çok fazla ilaç verilmesi ile yan etkilerde artış görülmesi,
- İlaç etkileşimleri sonucu olumsuz etkiler,
- Etik dışı ilaç tanıtımları,
- Hastane yatış süresinde artışlar,
- Hasta uyumunun azalması,
- Tedavi maliyetlerinde artış,
- Bakteriyel olmayan hastalıklar için uygun olmayan antimikrobiyal kullanımına bağlı mikrobiyal direncin artması.

İlaç grupları arasında yaygın olarak antibiyotikler, kardiyovasküler ilaçlar, oral antikoagülanlar, teofilin ve antineoplastik ilaç kullanımında hatalar görülmektedir.<sup>37</sup>

### **2.4. Dünya’da Akılıcı İlaç Kullanımı**

Dünya çapında 1980’li yıllardan beri akılıcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Toplumun bu yönde yeterli özeni göstermediği bilinmekle beraber AİK ile ilgili önemli gelişmeler elde edilmiştir.

Literatür incelendiğinde farklı ülkelerde AİK yönelik çalışmaların olduğu görülmüştür. Örneğin bir araştırmada, Birleşik Krallık’taki tüm bakım sağlama merkezlerinde ilaç tedavisi süresince farklı aşamalarda sorunlar olduğu ve sıklıkla ilaç dağıtımlarında aksaklıklar yaşandığı görülmüştür.<sup>38</sup> Bir diğer araştırmada, Etiyopya’da

yer alan farklı 2 sağlık merkezine başvuran hastalarda akılcı ilaç kullanımı değerlendirilmiş ve hastaların yalnızca %16,7'sinin ilaç dozlarını doğru bildiği ve önerilen ilaçların sadece %17,5'inin etiketlerinin yeterli bilgiyi içerdiği bildirilmiştir.<sup>39</sup>

Brezilya'da 2019 yılında Luiza tarafından yapılan bir araştırmada toplumun akılcı ilaç kullanımı değerlendirilmiş, AOİK oranının %46,1 olduğu görülmüştür.<sup>40</sup> Hindistan'da farklı hastanelerde yatan hastalar ile yapılan bir araştırmada, akılcı olmayan ilaç kullanımı oranlarının sırasıyla %25,7 ve %15,34 olduğu bildirilmiştir.<sup>41</sup> Yu ve arkadaşları tarafından 854 kişi ile Çin'de gerçekleştirilen bir araştırmada, reçetesiz antibiyotik kullanım oranının %6,24 olduğu ve viral enfeksiyonları antibiyotiklerin tedavi edebileceğini düşünenlerin oranının ise %50 olduğu görülmüştür.<sup>42</sup>

## **2.5. Türkiye'de Akılcı İlaç Kullanımı**

Ülkemizde 'Akılcı İlaç Kullanımı' faaliyetleri ilk olarak 1990'lı yıllarda uygulanmaya başlamıştır. Söz konusu AİK faaliyetlerine 'Sağlık Bakanlığı' doğrudan öncülük etmiş veya dolaylı yoldan katkı sunmuştur.<sup>43</sup> Aktif saha çalışmaları ile Sağlık Bakanlığı 1992 yılında başlattığı AİK önemini vurgulamış ve tıp fakültelerinin eğitim programında "Probleme dayalı akılcı tedavi eğitimi" nin yer almasını sağlayarak AİK'nin toplum genelinde uygulanmasına katkı sunmaya çalışmıştır.<sup>44</sup>

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1994 yılında yayınlanan "Guide to Good Prescribing" reçetelendirme kılavuzu, 2000 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Türkçe'ye çevrilerek "İyi Reçete Yazma Kılavuzu" ismiyle ülkemizde kullanıma başlanmıştır. Bu kılavuz, akılcı farmakoterapi uygulamalarının temel ilkelerini içermektedir.<sup>43</sup>

Türkiye'de 2010 yılında Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda yapılan çalışmaların takibinin yapılabilmesi için "Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü" açılmıştır. Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü'nün açılması ile AİK yönelik planlamaların oluşturulması ve çalışmaların daha sistemli olması sağlanmıştır.<sup>45</sup> Akılcı ilaç kullanımı programının yürütülmesi sonucu 2014-2017 yılları arasında 'AİK Ulusal Eylem Planı' uygulamaya konulmuştur. Devamında 2018-2022 yıllarını içeren 'Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2018-2022' hazırlanmış ve yürürlüğe konmuştur.

Ülkemizde yakın tarihli toplumun farklı kesimlerinde yapılan farklı araştırmalarda, bireylerin akılcı ilaç kullanım ile ilgili bilgi ve becerilerinde iyileşme olduğu görülmüştür.<sup>46-49</sup>

## **2.6. Türkiye’de ve Dünyada İlaç Harcamaları**

Toplumsal refahın arttırabilmesi için sağlık harcamalarındaki etkenlerin ortaya konulması sağlık ekonomistleri açısından oldukça önemlidir. Yaşanan ekonomik krizlerin temelinde sağlık harcamaları bulunmaktadır. Sağlık, eğitim ve savunma gibi toplumsal refah ve kalkınma için önemli rol oynayan sektörlerde ekonomik krizler daha belirleyici rol üstlenmektedir. Bu alanlarda gerçekleşen olumsuzluklar sonucu toplumların yaşam kalitelerinin azaldığı bilinmektedir.<sup>50</sup> Yaşanan bu krizlerin etkisi ile Avrupa ülkeleri başta olmak üzere tüm dünyada ilaç harcamaları başta olmak üzere sağlık harcamalarında önemli artışlar görülmektedir.<sup>51</sup> Toplam sağlık harcamalarının yaklaşık %25’ini ilaç harcamaları oluşturmaktadır. Dolayısıyla ilaçların akılcı ve etkin kullanımının sağlanması esastır. İlaçların akılcı kullanımı ile hasta ve toplumda sağlık bakımının daha iyi ve güvenli olduğu gösterilmiştir.<sup>52</sup>

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2012 yılında dünya çapında sağlık harcamalarının maliyeti yaklaşık 6,5 trilyon dolar olduğu görülmüştür.<sup>53</sup> Ayrıca DSÖ, ilaç harcamalarının arttığını ve bu artışın toplam sağlık harcamalarındaki artıştan daha fazla olduğunu bildirmiştir.<sup>54</sup> İlaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı 2000 yılında yaklaşık %15,2 iken, 2006 yılında ortalama %30,4 olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye’de ise, ilaç harcamaları 2002 yılında 5,2 milyar Türk lirasından (TL), 2011 yılında 16 milyar TL’ye yükselmiştir.<sup>55</sup> Ankara Ticaret Odası’nın 2006 yılında yayınladığı bir rapora göre, Türkiye’de eczanelerdeki ilaçların yaklaşık %7’sinin son kullanma tarihi geçmiş olarak çöpe atıldığı, evlerdeki ilaçların ise %60’ının kutusu açılmadan son kullanma tarihinin geçtiği bildirilmiştir. Bu ilaçların maliyetinin yaklaşık 500 milyon dolar olduğu düşünülmektedir.<sup>55,56</sup> Türkiye 2019 yılı verileri değerlendirildiğinde gayri safi milli hâsıla’nın %4.7’sini toplam sağlık harcamalarının oluşturduğu görülmektedir. Bu veriler doğrultusunda, Türkiye’de toplam sağlık harcamalarına kıyasla ilaç harcamaları %25’in üzerinde olduğundan ilaç maliyetlerinin sağlık harcamalarının önemli payına sahip olduğu bildirilmiştir. Türkiye’nin de yer

aldığı gelişmekte olan ülkeler arasında uygunsuz ilaç harcamaları, ülke ekonomilerine ciddi yük getirmektedir.<sup>5,57,58</sup>

## **2.7. Aile Hekimliği ve Akılcı İlaç Kullanımı**

Aile hekimi; yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı gözetmeksizin bireylere, ailelere ve her kişiye kapsamlı ve devam eden bir şekilde belirli bir mekanda birinci basamak sağlık hizmeti sunan tıp fakültesi mezunu kişiler olarak tanımlanmaktadır. Bir diğer tanıma göre ise; temelde tıbbi bakım isteyen herkese detaylı bakım sağlama ve gerektiğinde sağlık personeli ile birlikte hareket etme sorumluluğu taşıyan hekimdir.<sup>59</sup> Dünya Sağlık Örgütü ise; hekime bağlı olan topluma yaş, cinsiyet ve hastalık açısından ayırım yapmadan, temel tıp eğitimi sonrası alanında en az iki yıl eğitim gören ve birinci basamak sağlık hizmeti sunan tıp doktoru olarak tanımlamaktadır. Bir diğer tanımla aile hekimliği, hasta ve hekim arasındaki ilişkinin olumlu yönde iyileştirilmesine imkân sağlayan bir tıp disiplini.<sup>60,61</sup>

Günümüz koşullarında da aile hekimliği bireylerin sağlık hizmeti ile ilk temas ettiği nokta yani sağlık hizmetlerine giriş noktasıdır.<sup>43,59</sup> Aile hekimleri yalnızca belirli bir yaş grubuna değil tüm nüfusa hizmet vermektedir. Aile hekimlerinin, pediatrik ve geriatrik yaş grubunda bulunan hastalara uygun endikasyon, uygun doz ve uygun zamanda tedavileri sağlaması ve AİK ilkeleri kapsamında gösterdiği davranışlar toplumda yer alan herkesin sağlığını etkileyecek sonuçlara neden olmaktadır.<sup>60</sup>

Aile hekimlerinin bulundukları bölgede başvuran hastaları detaylı olarak tanıması ve uzun süreli hasta takibini sağlama gibi olumlu yönleri AİK kullanımında aile hekimlerini kilit noktaya taşımaktadır.<sup>62</sup>

Ülkemizde ilaçların büyük çoğunluğu aile hekimleri tarafından reçetelendirilmektedir. Bu nedenle aile hekimlerinin hastalıkların tedavisi ve kişilerin iyi sağlık halinin devamlılığı adına AİK ilkeleri kapsamında ilaçları reçetelendirmesi önem taşımaktadır.<sup>60,63</sup> Akılcı ilaç kullanımı ilkelerinin aile hekimliği uygulaması ile kesiştiği noktalar bulunmaktadır. Bunlar; hasta ve hekim arasındaki ilişkide süreklilik hali ve iletişimin sağlanması, hasta eğitimi ve danışmanlık hizmeti, ulaşılabilir olması, toplumsal yönelim ve maliyet etkinliğidir.<sup>60,64</sup> Sağlık kaynaklarının etkili kullanımı da aile hekimliğinin bir diğer özelliğidir ve bu özellik sayesinde AOİK'nin istenmeyen etkileri engellenecektir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde AİK hedeflerine hem

tıbbi hem de maliyet açısından ulaşılmaması ile toplumun refahında önemli iyileşmeler görülecektir.<sup>43,60</sup>

Akılcı ilaç kullanımı ilkelerinin uygulanmasında yapılabilecek olası hataların öncesinde tahmin edilebilir olması bu hatalara karşı alınabilecek önlemler yönünden önem taşımaktadır.<sup>60,64</sup>

## **2.8. Anksiyete ve Depresyon**

### **2.8.1 Anksiyete**

Bireylerin, içten gelen kaygı, korku, endişe gibi duyguların sebebini açıklayamayacağı şekilde oluşması anksiyete olarak tanımlanmaktadır. Bireyin işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen bu duygu, bir tehlike anında ya da tehlike beklentisinin olduğu durumlarda anlık bir şekilde oluşmaktadır.<sup>65</sup>

Bireye özgü farklı semptomlar kişinin bu hissiyle birlikte ortaya çıkabilmektedir. Fiziksel semptomlar arasında en fazla terleme, karın ağrısı, ürperme, motor huzursuzluk, göğüste daralma, taşikardi ve tedirgin olma görülmektedir.<sup>66,67</sup> Bir diğer ifade ile anksiyete, kişiyi huzursuz eden, belirli belirsiz olumsuz bir duygudur. Anksiyete herkeste görülebildiği gibi prevelansı da oldukça yüksektir. Anksiyete durumunda her ortaya çıkan belirti kişiye özgüdür. Endişe kiminin yaşama uyumunu negatif yönde etkilerken, kiminin de ruhsal durumunu olumlu yönde etkilemektedir. Bu doğrultuda kişinin yaşadığı etkilenimin ne zaman yararlı ne zaman zararlı olduğu net olarak belirlenmelidir.<sup>68,69</sup>

Anksiyete, insanın tehdide veya tehlikeye verdiği toplam tepki olarak da tanımlanabilir. Her anksiyete durumu, bir tehlike algısını, zarar alabileceği ile ilgili düşünceleri ve beraberinde fizyolojik bir alarm ve aktivasyon sürecini içermektedir. Eşlik eden davranışlar ‘savaşma ya da kaçma’ yönünde acil bir çaba gerektirmektedir. Tehdit durumu, bir golfçünün golf vuruşunu başkalarının izleyeceğini algılaması ve bireyin atletik yeteneği hakkında sonuçlar çıkarabileceğinden korkması gibi hafif olabilirken, yalnız olan bir ergen öğrencinin kekemeliğini sınıf arkadaşlarının duyabildiğini fark etmesi ve arkadaş sahibi olmaktan korkması gibi daha şiddetli olabilmektedir. Her durumda, tehdit veya tehlike deneyimi bireysel olduğu unutulmamalıdır. Bu durum, başkalarına tamamen güvenli görünebilirken, anksiyete durumundaki birey oluşabilecek zararların belirtilerine odaklanmaktadır.<sup>70</sup>



Anksiyete bozukluğu, geçici korku ve kaygılar ile normalliğin ötesine geçmektedir. Yaşamın normal akışını bozan ve zarar verici kalıcı bir süreç olarak da düşünülebilir.<sup>71</sup> Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün Epidemiyolojik Erişim Alanı araştırmasında, ankete katılanların %25'inden fazlası kendilerini “gergin bir kişi” olarak tanımlamıştır. Aynı çalışmaya göre herhangi bir 6 aylık dönemde nüfusun %8,9'unun anksiyete bozukluğu yaşadığı ve nüfusun yaklaşık %14,6'sının yaşamları boyunca anksiyete bozukluğu yaşadığı saptanmıştır. Anksiyete bozuklukları, kadınlarda erkeklere göre iki kat daha sık görülmektedir. Anksiyete bozukluklarına karşı en savunmasız nüfus grupları ise şunlardır: 25-44 yaş arası kişiler, kadınlar, ayrılmış ve boşanmış kişiler, düşük sosyoekonomik statüye sahip kişiler.<sup>72</sup> Anksiyete bozuklukları adı altında geçen tüm hastalıkların prevalans ortalamaları DSM 5'te %6-7 civarında olduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, erken çocukluktan yaşlılığa kadar her yaştan kişi anksiyete bozuklukları ile karşı karşıya kalabilmektedir.<sup>71</sup>

### **2.8.2. Depresyon**

Uzun zamandır devam eden ve bireyin tüm hayatını olumsuz yönde etkileyen mutsuzluk ve hayattan zevk alamama hali depresyon olarak tanımlanmaktadır.<sup>65</sup> Depresyon nedeniyle kişi rutin hayatından ve öncesinde zevk aldığı durumlardan eskisi gibi zevk alamama, keyif ile sürdürdüğü şeylere karşı ilgide azalma veya kaybolma gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Depresif bireylerde çökkünlük, üzüntü, karamsarlık gibi olumsuz duygular görülmektedir. Kişinin psikomotor ve bilişsel etkinliklerinde yavaşlama ile beraber fiziksel fonksiyonları da olumsuz etkilenmektedir.<sup>73</sup> Yaşanılan ekonomik sorunlar, kayıplar, hastalık gibi negatif durumlar kişinin çaresiz hissetmesine neden olarak depresyonu tetikleyebilir.<sup>74</sup> Depresyon, toplumda sıklıkla görülen ruhsal sorunlardan biridir ve kişilerin tüm hayatı boyunca görülme sıklığı %10-21 arasında değişmektedir. Depresyondaki kişilerin yeme davranışı bozuklukları, uyku kalitesi ve düzeninde olumsuz değişiklikler, cinsel fonksiyonlarında etkilenim olabilmektedir.<sup>75</sup>

Son yıllarda yapılan çalışmalarda, depresyon prevalansının hızında artış görülmesinin yanında son 25 yıla bakıldığında 10-20 kat arttığı bildirilmiştir. Dünya genelinde psikiyatri servislerinde yatan hastaların yaklaşık %75'ini depresyon belirtisi olan hastalar oluştururken, ülkemizde bu oranın daha az olduğu bilinmektedir.<sup>76,77</sup> Biyolojik nedenlerin yanı sıra psikososyal nedenlerin de depresyonun oluşumuna neden

olduğu yapılan çalışmalar ile gösterilmiştir. Sosyal ilişkilerin azalması, sosyal statünün düşük olması da kişilerde depresyon sürecini hızlandırdığı bildirilmiştir.<sup>65,78</sup> Yapılan çalışmalarda stres oluşturan yaşam olaylarının depresyon görülmesinde etkili olduğu belirlenmiş fakat sonradan görülen ataklara etki etmediği, stres oluşturan durum ortadan kalksa bile hastalığın yeniden ortaya çıkabildiği zamanla fark edilmiştir (Akdemir, 2022).

Depresyon ile ilgili çalışmalar ve genel toplumun kullanımı göz önüne alındığında en popüler psikolojik olaylardan biri olarak bilinmektedir. Bununla birlikte, duygu, durum, bozukluk ve hastalık kavramları arasındaki değişimlerin sıklıkla gözlemlendiği ve ayrıca “melankoli” gibi diğer değişikliklerle eşanlamlı olarak kullanıldığı, gerçekte depresyon olarak algılanan şeyin ne olduğu konusunda kafa karışıklıkları da görülebilmektedir.

Güncel verilere ilişkin daha önce alıntılanan tanımlarda, her iki bakış açısı da psikolojik bozukluk kavramıyla örtüşse de, depresyonun aynı anda hem “ruhsal bozukluk” hem de “duygudurum bozukluğu” olarak algılandığı görülmektedir. Ayrıca “zamanla, zarar gören kişiyi işlevsiz hale getirene kadar devam edebileceği” de vurgulanmaktadır. Depresif belirtilerin en az iki hafta üst üste mevcut olması ve belirgin bir işlevsel bozulmaya yol açması gerektiği belirtilmektedir.

Depresyon teriminin, semptom, sendrom ve hastalık olmak üzere üç farklı şekilde kullanıldığı görülmektedir. Bir semptom olarak diğer psişik bozukluklara da eşlik edebilmekte, sendrom olarak üzüntü, baskılanma, suçluluk, sakatlık ve yaşamsal dürtü kaybı ile karakterize edilen süreçleri içermekte ve bir hastalık olarak, etiyolojinin, kliniğin, gidişatın, prognozun ve spesifik tedavinin belirlenebildiği biyolojik kökenli bir bozukluk olarak özetlenmektedir.<sup>79,80</sup> Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında tedavi edilen hastalar arasındaki depresyon semptomlarının ve şiddetinin, ikinci basamakta uzmanı tarafından tedavi edilen hastalarla neredeyse benzer oranda olduğuna dikkat çekilmekte ve depresif bozukluk tedavisi gören yetişkinlerin büyük bir çoğunluğunun ilk olarak birinci basamak hekimlerince tespit edildiği belirtilmektedir.<sup>71</sup> Basit bir yöntem olarak hastanın muayeneden önce bir ölçek doldurması klinik ortamda duygusal bozukluğun tanınması için hekime yardımcı olmaktadır.<sup>74</sup>

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Zamanı, Yeri ve Tipi**

Bu araştırma 15 Aralık 2022 ile 15 Ocak 2023 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezinde (EASM) 051 ve 056 nolu birime kayıtlı 18 yaş ve üzeri 361 katılımcı ile yapılmıştır. Çalışma kesitsel tanımlayıcı nitelikte bir çalışma olarak tasarlanmıştır.

#### **3.2. Araştırmanın Etik Yönü**

Çalışmaya başlamadan önce “Çukurova Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan” 02.12.2022 tarihli karar no 34/128 sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Çalışma öncesinde katılımcılar “Helsinki Deklarasyonu’na” uygun bir şekilde araştırmaya ilişkin bilgilendirilmiştir. Araştırmaya dâhil olmayı kabul eden katılımcılardan aydınlatılmış onam formunu okuyup imzalamaları istenmiştir (Ek-1).

#### **3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı 051 ve 056 nolu birime 15 Aralık 2022 ile 15 Ocak 2023 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran 18 yaş ve üzeri bireyler oluşturmuştur.

Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı 051 nolu birime kayıtlı 18 yaş ve üzeri toplam hasta sayısı 2456, 056 nolu birime kayıtlı hasta sayısı 2230 olup %95 güven aralığında, %5 hata payıyla örneklem büyüklüğü 356 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya dâhil edilme kriterlerini sağlayan 361 katılımcıya ulaşılarak çalışma hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul eden bireyler (erkek=131, kadın=230) çalışmaya dahil edilmiştir.

#### **Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:**

- Araştırma için belirlenen tarihlerde aile hekimliği polikliniklerine muayene olmak, tetkik vermek veya reçete yazdırmak için başvurmuş olma
- 18 yaş ve üzeri olma
- Yeterli düzeyde okuma, yazması olma

- İletişim engeli bulunmama
- Gönüllü olma

#### **Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:**

- Herhangi bir psikiyatrik hastalık nedeniyle tanı almış ve takip ediliyor olma
- Anket formunu doldurmaya engel teşkil edebilecek düzeyde bilişsel/fiziksel işlev bozukluğu bulunma

### **3.4. Araştırmada Kullanılan Anket ve Ölçekler**

Araştırmanın dâhil edilme ölçütlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve yazılı onam alınan 361 birey araştırmaya dahil edilmiştir. Yüz yüze görüşme tekniği ile katılımcılara sosyodemografik bilgi formu ile birlikte ‘Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği’ ve ‘Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği’ uygulanmıştır.

#### **3.4.1. Sosyodemografik Veri Toplama Formu**

Araştırmacılar tarafından mevcut literatürden yararlanılarak, çalışmamızın amacına uygun olacak şekilde, katılımcının sosyodemografik bilgilerini kişisel yaşam ve sağlık durumlarını ve akılcı ilaç kullanım davranışlarını belirlemeye yönelik soruların sorulduğu çoktan seçmeli ve açık uçlu olarak tasarlanan toplam 20 sorudan oluşan veri formu oluşturulmuştur. Anket formları araştırmacı tarafından EASM ortamında hastalarla yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Bir anket formunun doldurulması ortalama 4-8 dakikada tamamlanmıştır (Ek 2).

#### **3.4.2. Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği**

Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği (AİKÖ) Demirtaş ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilmiştir. On doğru, onbir yanlış, toplam yirmibir önermeden oluşmaktadır. Katılımcılardan her önermeye ‘doğru’, ‘yanlış’ ve ‘bilmiyorum’ seçeneklerden birinin seçilmesi istenmekte ve puanlama sistemi ile toplam skor hesaplanmaktadır. Doğru cevap 2, bilmiyorum 1, yanlış cevap 0 puan olarak değerlendirilmektedir. Bilgi seviyesi arttıkça anketten alınan puanın arttığı kabul edilmektedir. Ölçekten en fazla 42, puan en

az 0 puan alınmaktadır. Katılımcıların ölçekten 35 puan ve üzeri alması durumunda akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyi yeterli olarak kabul edilmektedir.<sup>81</sup>

### **3.4.3. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HADS)**

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS) Zigmond ve Snaith tarafından anksiyete ve depresyon yönünden riski ortaya koyarak bunların düzeyi ve şiddetini ölçmek için 1983 yılında geliştirilmiştir.<sup>82</sup> Türkçe güvenlik ve geçerlik çalışmaları Aydemir ve arkadaşları tarafından 1997 yılında gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin uygulanması ile katılımcıların anksiyete ve depresyon açısından hızlı bir şekilde taranması amaçlanmaktadır. Anksiyete ve depresyon belirtilerini sorgulayan bu ölçekte toplam 14 soru bulunmaktadır. Ölçekte yer alan 14 sorudan tek sayılı numarası olan sorular anksiyeteyi, çift sayılı numarası olan sorular depresyonu ölçmektedir. Yanıtlar 0-3 arasında puanlanmaktadır. Her maddenin puanlaması farklıdır. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 11, 13. maddelerin şıklarında yer alan ifadelerin puanlamaları giderek azalan şiddet göstermektedirler ve puanlamaları 3-2-1-0 biçimindedir. Diğer 2, 4, 7, 9, 12 ve 14. maddelerde yer alan şıkların puanlaması ise artan şiddet göstermektedir, puanlamaları 0-1-2-3 şeklindedir. Anksiyete ve depresyon alt ölçekleri için alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 21'dir. Ölçeğin Türkçe formunun kesme puanları anksiyete yatkınlık açısından anksiyete alt ölçeği için 10/11, depresyona yatkınlık açısından depresyon alt ölçeği için 7/8 olarak belirlenmiştir 7 maddelik depresyon alt ölçeği, 0-21 arasında puanlama sistemine sahiptir. Eşik değer olarak 0-7 arası "Normal", 8-10 arası "Hafif", 11-14 arası "Orta", 15-21 arası "Ciddi" bir risk olduğunu gösterir.

### **3.5. İstatistiksel Değerlendirme**

Verilerin istatistiksel analizinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL., USA) 23.0 paket program kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sürekli ölçümler ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde medyan (ortanca) ve minimum-maksimum) olarak özetlendi. Çalışmada yer alan parametrelerin normal dağılım gösterip göstermediğini belirlemede ölçek skorlarının çarpıklık ve basıklık değerlerine bakıldı. Normal dağılım gösteren parametrelerde ikili grup analizlerinde bağımsız student t-testi, ikiden fazla grup analizlerinde Oneway ANOVA

testi kullanıldı. Değişkenlerden ikiden fazla grubu olanların gruplar arasındaki farklılığın kaynağını belirlemede Post Hoc testlerinden Tukey testine başvuruldu. Ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde Pearson korelasyon testi kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel önemlilik düzeyi 0,05 olarak alındı.



## 4. BULGULAR

Çalışmaya 361 katılımcı dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalamaları  $33,6 \pm 11,6$  yıl (medyan 31, minimum 18- maksimum 72) iken, 230'u (%63,7) kadındı. Medeni durum değişkeni açısından 198'inin (%54,8) evli olduğu belirlendi. Katılımcıların eğitim durumu sırasıyla 81'inde (%22,4) ortaokul ve altı, 112 'inde (%31,0) lise, 168'inde (%46,5) ise lisans ve üstü idi.

Araştırmada yer alanların 158'inin (%43,8) herhangi bir işte çalıştıkları gözlenirken; 309'unun (%85,6) sosyal güvenceye sahip oldukları tespit edildi. Aylık toplam gelir açısından katılımcıların 150'sinin (%41,6) gelirlerinin giderden az, 134'ünün (%37,1) gelirlerinin giderlerine eşit, 77'sinin (%21,3) gelirlerinin giderlerinden fazla oldukları saptandı.

Katılımcılardan 299'unun (%82,8) aileleri ile birlikte yaşadıkları tespit edilirken, 122 (%33,8) katılımcının ise sigara kullandıkları belirlendi (Tablo 1).

**Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi**

|                               | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|-------------------------------|----------|-----------|
| <b>Cinsiyet</b>               |          |           |
| Kadın                         | 230      | 63,7      |
| Erkek                         | 131      | 36,3      |
| <b>Medeni Durum</b>           |          |           |
| Bekar                         | 163      | 45,2      |
| Evli                          | 198      | 54,8      |
| <b>Eğitim Durumu</b>          |          |           |
| Ortaokul ve altı <sup>†</sup> | 81       | 22,4      |
| Lise                          | 112      | 31,0      |
| Lisans ve üstü                | 168      | 46,5      |
| <b>Çalışma durumu</b>         |          |           |
| Çalışmıyor                    | 203      | 56,2      |
| Çalışıyor                     | 158      | 43,8      |
| <b>Sosyal güvence</b>         |          |           |
| Yok                           | 52       | 14,4      |
| Var                           | 309      | 85,6      |
| <b>Aylık toplam gelir</b>     |          |           |
| Gelir giderden az             | 150      | 41,6      |
| Gelir gidere eşit             | 134      | 37,1      |
| Gelir giderden fazla          | 77       | 21,3      |
| <b>Yaşama ortamı</b>          |          |           |
| Aile ile                      | 299      | 82,8      |
| Diğerleri                     | 62       | 17,2      |
| <b>Sigara kullanımı</b>       |          |           |
| Yok                           | 239      | 66,2      |
| Var                           | 122      | 33,8      |

<sup>†</sup>İlkokul mezunu 44, okur yazar olmayan 1, okur yazar olan 9 katılımcı dahil edildi.

Katılımcıların ne sıklıkla bir sağlık kuruluşuna başvurdıkları incelendiğinde sırasıyla; 198'inin (% 54,8) şikayetlerinin oldukça, 38'inin (% 10,5) ayda bir, 56'sının (% 15,5) 3 ayda bir, 39'unun (% 10,8) 6 ayda bir, 30'unun (% 8,3) yılda bir sağlık kuruluşlarına başvurdıkları belirlenirken; genel örnekleme son 6 ay içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma sayılarının ortalama  $3,34 \pm 3,1$  (medyan 2, minimum 0- maksimum 28) olduğu tespit edildi. Sağlık kuruluşuna başvurma nedenleri incelendiğinde 35'inin (% 9,7) rapor almak, 265'inin (% 73,4) muayene olmak, 61'inin (% 16,9) ilaç yazdırmak için başvurdıkları tespit edildi (Tablo 2).

**Tablo 2. Katılımcıların sağlık kuruluşuna başvurma davranışlarının incelenmesi**

| Sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|------------------------------------|----------|-----------|
| Şikayetimin oldukça                | 198      | 54,8      |
| Ayda bir                           | 38       | 10,5      |
| 3 ayda bir                         | 56       | 15,5      |
| 6 ayda bir                         | 39       | 10,8      |
| Yılda bir                          | 30       | 8,3       |
| Sağlık kuruluşuna başvurma nedeni  | Sayı (n) | Yüzde (%) |
| Rapor almak                        | 35       | 9,7       |
| Muayene olmak                      | 265      | 73,4      |
| İlaç yazdırmak                     | 61       | 16,9      |

Katılımcıların 106'sında (% 29,4) herhangi bir ek hastalık olduğu tespit edilirken; en sık rastlanan ek hastalıklar sırasıyla DM (n=36, %34,0), DM ve HT birlikte (n=36 % 34,0'sında) ve tiroid hastalıkları(n=9, % 8,4)'sında idi.

**Tablo 3. Katılımcıların ek hastalık durumlarının dağılımı**

|                                      | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|--------------------------------------|----------|-----------|
| <b>Ek hastalık</b>                   |          |           |
| Yok                                  | 255      | 70,6      |
| Var                                  | 106      | 29,4      |
| <b>Ek hastalık olanlarda (n=106)</b> |          |           |
| Alerjik rinit                        | 2        | 1,9       |
| Anemi                                | 1        | 0,9       |
| Anksiyete                            | 1        | 0,9       |
| Astım                                | 2        | 1,9       |
| Beyin kanaması                       | 1        | 0,9       |
| Böbrek nakli                         | 1        | 0,9       |
| DM                                   | 36       | 34,0      |
| DM & HT                              | 36       | 34,0      |
| İnguinal herni                       | 1        | 0,9       |
| Gastrit                              | 1        | 0,9       |
| Glokom                               | 1        | 0,9       |
| Hepatit B taşıyıcı                   | 1        | 0,9       |
| Hiperlipidemi                        | 1        | 0,9       |



Tablo 3'ün devamı

|                       | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|-----------------------|----------|-----------|
| HT                    | 6        | 5,7       |
| Kalp hastalığı        | 1        | 0,9       |
| Migren                | 1        | 0,9       |
| Osteoporoz            | 1        | 0,9       |
| Panik bozukluk        | 1        | 0,9       |
| Koagülasyon bozukluğu | 1        | 0,9       |
| Tiroid hastalıkları   | 9        | 8,4       |
| Gastrik ülser         | 1        | 0,9       |

DM:Diabetes Mellitus HT:Hipertansiyon

Katılımcıların 271'i (% 75,1) reçetesiz ilaç kullanırken, en sık kullanılan reçetesiz ilaçlar sırasıyla; 233'ünde (% 86,0) analjezik tablet/kapsül, 96'sında (% 35,4) grip ilacı, 85'inde (% 31,4) analjezik krem, 63'ünde (% 23,2) kas gevşetici, 38'inde (% 14,0) gıda ve vitamin takviyeleri, 6'sını (% 2,2) ise antibiyotik olduğu görüldü. Reçetesiz ilaç kullanan bireylerin 235'inin (% 86,7) eczaneden, 30'unun (% 11,1) komşu/akrabadan, 6'sının (% 2,2) ise internetten temin ettiği tespit edildi (Tablo 4).

Katılımcıların 89'unun (% 24,7) evlerinde hiç kullanılmamış ya da yarım kullanılmış ilaç olmadığı tespit edilirken; 179'unda (% 49,6) 1-5 kutu, 93'ünde (% 25,8) ise 5 kutudan fazla hiç kullanılmamış ya da yarım kullanılmış ilaç olduğu saptandı (Tablo 4).

Hekimin verdiği ilaçların 136'sında (% 37,7) hekim veya eczanenin önerdiği süre kadar kullanıldığı, 100'ünün (% 27,7) ilaç bitene kadar kullanıldığı, 125'inin (% 34,6) ise şikayeti geçene kadar kullanıldığı belirlendi (Tablo 4).

İlaçlarla ilgili olarak genel olarak sorulduğunda katılımcılardan 19'unun (% 7,3) alerji nedeniyle, 2'sinin (% 0,8) fayda görmediğini düşünmesinden, 34'ünün (% 13,0) fazla ilaç içmemek için, 183'ünün (% 70,1) iyileşme, 20'sinin (% 7,6) unutkanlık/kullanmaktan sıkılma, 3'ünün (% 1,2) ise diğer nedenlerden dolayı verilen ilaçları bitirmeden bıraktıkları tespit edildi (Tablo 4).

Antibiyotik kullanımı ile ilgili olarak özel olarak sorgulandığında antibiyotik kullanımı ile ilgili özel olarak sorgulandığında katılımcılardan 207'sinin (% 57,2) hekimin önerdiği şekilde tedavi tamamlanınca, 68'inin (% 18,8) ilaç bittiğinde, 86'sının (% 23,8) ise kendilerini iyi hissettiklerinde antibiyotik kullanmayı kestikleri belirlendi (Tablo 4).

**Tablo 4. Katılımcıların reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanma davranışlarının incelenmesi**

|                                                                           | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|
| <b>Reçetesiz ilaç kullanımı</b>                                           |          |           |
| Yok                                                                       | 90       | 24,9      |
| Var                                                                       | 271      | 75,1      |
| <b>Reçetesiz kullanılan ilaçlar (n=271)</b>                               |          |           |
| Takviyeler                                                                | 38       | 14,0      |
| Grip ilacı                                                                | 96       | 35,4      |
| Analjezik tb                                                              | 233      | 86,0      |
| Multivitaminler                                                           | 31       | 11,4      |
| Analjezik krem                                                            | 85       | 31,4      |
| Kas gevşetici hap                                                         | 63       | 23,2      |
| Antibiyotik                                                               | 6        | 2,2       |
| <b>Reçetesiz kullanılan ilaçların nereden temin edildiği (n=271)</b>      |          |           |
| Eczaneden                                                                 | 235      | 86,7      |
| İnternette                                                                | 6        | 2,2       |
| Komşu/Akrabadan                                                           | 30       | 11,1      |
| <b>Evdeki hiç kullanılmamış ya da yarım kullanılmış ilaç kutu sayısı</b>  |          |           |
| Hiç yok                                                                   | 89       | 24,7      |
| 1-5 kutu                                                                  | 179      | 49,6      |
| 5 kutudan fazla                                                           | 93       | 25,8      |
| <b>Hekimin verdiği ilaçları ne şekilde kullanılmakta</b>                  |          |           |
| Hekim veya eczanenin önerdiği süre kadar kullanırım                       | 136      | 37,7      |
| İlaç bitene kadar kullanırım                                              | 100      | 27,7      |
| Şikâyetim geçene kadar kullanırım                                         | 125      | 34,6      |
| <b>Verilen ilacı bitirmeden bırakma sebebi</b>                            |          |           |
| Alerji                                                                    | 19       | 7,3       |
| Fayda görmediğini düşünme                                                 | 2        | 0,8       |
| Fazla ilaç içmemek için                                                   | 34       | 13,0      |
| İyileşme                                                                  | 183      | 70,1      |
| Unutkanlık/kullanmaktan sıkılma                                           | 20       | 7,6       |
| Diğer                                                                     | 3        | 1,2       |
| <b>Anbityotik kullanmaya başladıktan sonra tedaviyi nasıl kesersiniz?</b> |          |           |
| Hekimin önerdiği şekilde tedavi tamamlanınca                              | 207      | 57,2      |
| İlaç bitince                                                              | 68       | 18,8      |
| Kendimi iyi hissedince                                                    | 86       | 23,8      |

Tablo 5’de çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin bulguların incelenmesi verilmiştir. Kılıç (2016) yaptığı çalışmada Cronbach’ın alfa güvenilirlik katsayı aralıklarını;  $0,0 < \alpha < 0,4$  aralığında ‘ölçek güvenilir değildir’,  $0,41 < \alpha < 0,6$  aralığında ‘ölçek düşük güvenilirliktedir’,  $0,61 < \alpha < 0,8$  aralığında ‘ölçek orta güvenilirliktedir’,  $0,81 < \alpha < 1,00$  aralığında ise ‘ölçek yüksek güvenilirliktedir’ şeklinde bildirmiştir.<sup>84</sup> Yapılan çalışmada kullanılan ölçek puanları incelendiğinde Akılcı ilaç kullanımı ( $\alpha=0,728$ ) ve Depresyon ölçek puanlarının ( $\alpha=0,787$ ) orta güvenilirlikte olduğu, Anksiyete ölçek puanının ise ( $\alpha=0,803$ ) Cronbach alfa güvenilirlik katsayı değerlerinin ise yüksek olduğu belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5’te ayrıca ölçek skorlarının normal dağılıp dağılmadığını anlamak için Çarpıklık ve Basıklık testlerine başvuruldu. Tabachnick ve Fidell (2013) yaptıkları çalışmada çarpıklık ve basıklık değerlerinin +1.5 ile -1.5 aralığında olması gerektiğini bildirmişlerdir. Bizim çalışmamızda elde edilen çarpıklık ve basıklık değerler incelendiğinde; Tabachnick ve Fidell (2013) çalışmalarında elde ettikleri gibi +1,5 ve -1,5 değerleri arasında olduğu saptanmıştır. Bu bağlamda çalışmada kullanılan ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği tespit edilmiştir (Tablo 5).

**Tablo 5. Çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin bulguların incelenmesi**

|                       | Madde sayısı | Ort  | Ss  | Med | Min-Maks | Çarpıklık | Basıklık | Cronbach Alfa |
|-----------------------|--------------|------|-----|-----|----------|-----------|----------|---------------|
| Akılci İlaç Kullanımı | 21           | 36,6 | 4,8 | 38  | 20-42    | -1,230    | 1,104    | 0,728         |
| HADS-Anksiyete        | 7            | 11,9 | 2,9 | 12  | 3-17     | -0,660    | -0,018   | 0,803         |
| HADS-Depresyon        | 7            | 9,2  | 2,1 | 9   | 1-17     | -0,061    | 0,638    | 0,787         |

*HADS; Anksiyete Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale)*

Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların ortalama değerlerinde bakıldığında akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin genel olarak yeterli olduğunu, anksiyete ve depresyon için de genel olarak risk olduğunu söyleyebiliriz. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların dağılımı Tablo 6’da gösterilmiştir.

**Tablo 6. Katılımcıların ölçeklerden aldıkları puanların dağılımı**

| Ölçek                  | Sayı (n) | Yüzde (%) | Ortalama ±SS | Min-Max |
|------------------------|----------|-----------|--------------|---------|
| HADS-A                 |          |           |              |         |
| Eşik altı (0-10 puan)  | 37       | 10,25     | 11,9±2,9     | 3-17    |
| Eşik üstü (11-21 puan) | 324      | 89,75     |              |         |
| HADS-D                 |          |           |              |         |
| Eşik altı (0-7 puan)   | 70       | 19,39     | 9,2±2,1      | 1-17    |
| Eşik üstü (7-21 puan)  | 291      | 80,61     |              |         |
| AIKÖ                   |          |           |              |         |
| Eşik altı (0-34)       | 94       | 26,04     | 36,6±4,8     | 20-42   |
| Eşik üstü (35-42)      | 267      | 73,96     |              |         |

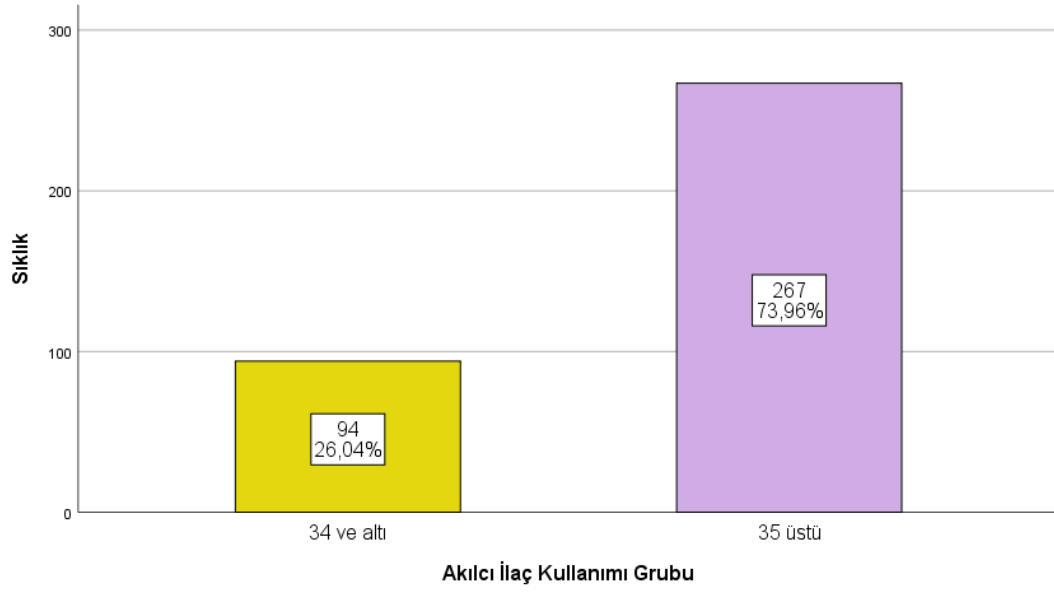
*HADS-A: Anksiyete Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale) anksiyete alt ölçeği*

*HADS-D: Anksiyete Depresyon Ölçeği (Hospital Anxiety and Depression Scale) depresyon alt ölçeği*

*AIKÖ: Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği*

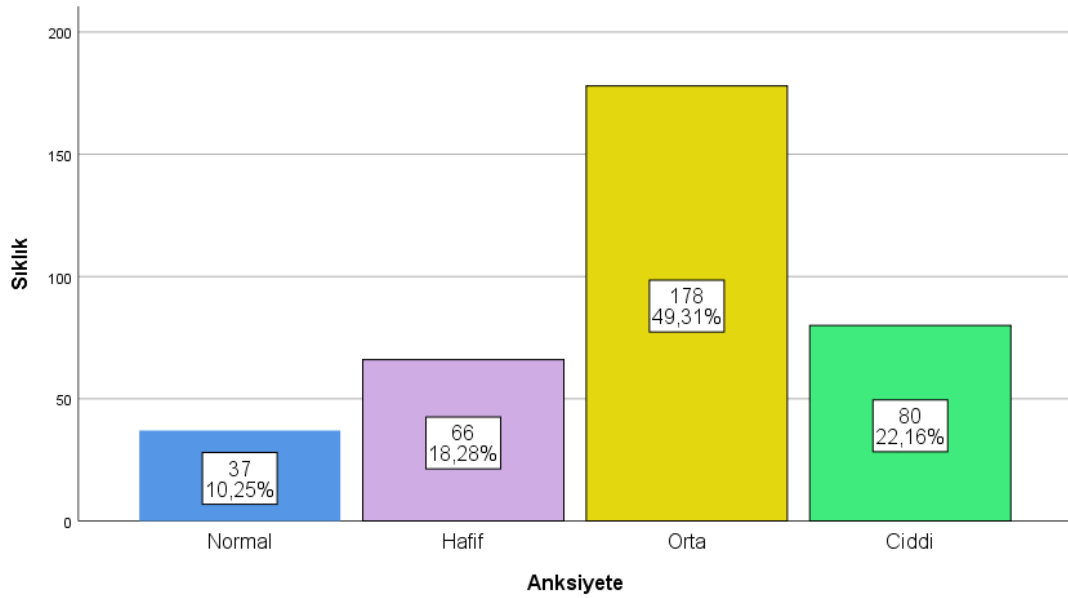
*SS: Standart Sapma*

Akılcı İlaç Kullanım Ölçeğine göre, çalışmamızdaki katılımcıların 267’sinin (% 73,96) akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olduğu tespit edildi (Tablo 6, Şekil 3).



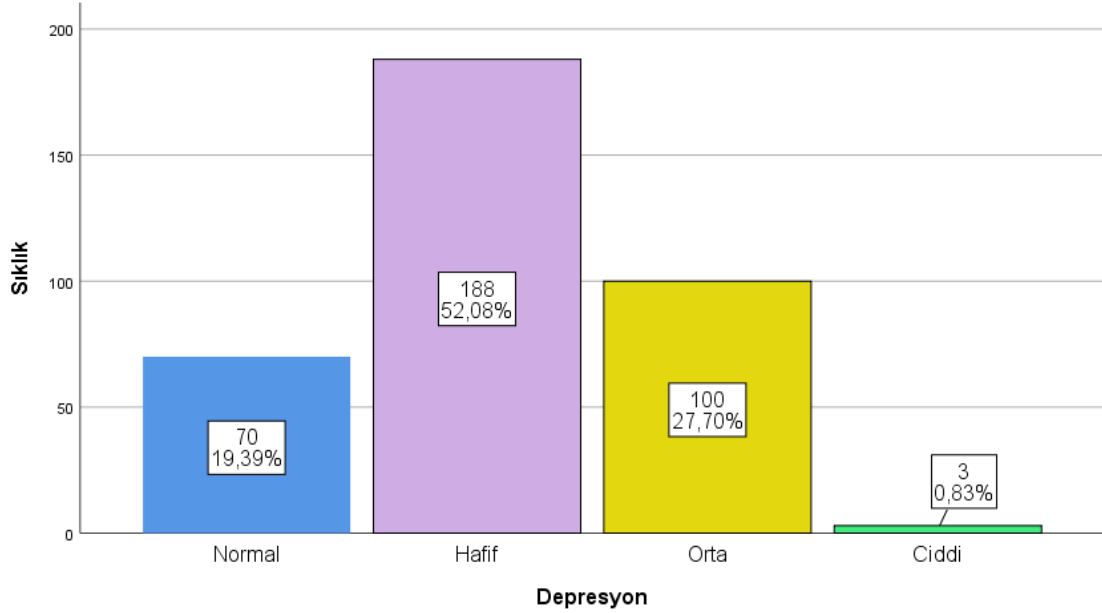
**Şekil 3. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin incelenmesi**

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların 37'sinde (%10,25) anksiyete riski yokken, kalan 324 kişide (%89,75) ise değişen derecelerde anksiyete riski olduğu saptandı.(Şekil 4).



**Şekil 4. Katılımcıların anksiyete düzeylerinin incelenmesi**

Katılımcıların depresyon düzeylerine bakıldığında sırasıyla 70'inde- (% 19,39) risk görülmezken, 291'inde (%80,61) ise değişen derecelerde depresyon riski olduğu görüldü. (Tablo 6, Şekil 5).



Şekil 5. Katılımcıların depresyon düzeylerinin incelenmesi

Katılımcıların cinsiyet, medeni durum ve çalışma durumu değişkenleri ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p>0,05$ ) (Tablo 7).

Katılımcıların eğitim durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p=0,319$ ). Akılcı ilaç kullanımı ve anksiyete ölçek puanları ile eğitim durumu arasında ise anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi. Eğitim düzeyi arttıkça akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin arttığı görüldü ( $p<0,001$ ). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağı Post Hoc Tukey testi ile incelendiğinde ortaokul ve altı mezuniyete sahip olanların lise ile lisans ve üstü eğitim düzeylerine göre daha düşük akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip oldukları (sırasıyla  $p=0,013$ ;  $p<0,001$ ); lise mezunu olanların ise lisans ve üstü mezunu olan katılımcılara göre daha düşük akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olmalarından kaynaklandığı tespit edildi ( $p<0,001$ ) (Tablo 7).

Sosyal güvencesi olan katılımcıların anksiyete düzeylerinin, sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilirken ( $p<0,05$ ); akılcı ilaç kullanımı ve

depresyon ölçek puanları ile sosyal güvence değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı ( $p=0,317$  ve  $p=0,351$ ) (Tablo 7).

Aylık toplam gelir değişkeni ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken (sırasıyla  $p=0,197$  ve  $p=0,122$ ); akılcı ilaç kullanımı ve aylık toplam gelir değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağı Post Hoc Tukey testi ile incelendiğinde, gelirleri giderlerinden fazla olan katılımcıların, gelirleri giderlerinden az olan katılımcılara göre akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı ( $p <0,05$ ) (Tablo 7).

Yaşama ortamı ile anksiyete ve depresyon ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı (sırasıyla  $p=0,720$  ve  $p=0,443$ ). Aileleri ile birlikte yaşayan katılımcıların, diğer bireyler ile veya yalnız yaşayan katılımcılara göre akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ) (Tablo 7).

Sigara kullanımı ile anksiyete ve depresyon ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktu (sırasıyla  $p=0,153$  ve  $p=0,212$ ). Sigara kullananların, kullanmayanlara göre akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı ( $p<0,05$ ) (Tablo 7).

Katılımcıların yaşları ile anksiyete ve depresyon ölçek puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi (sırasıyla ( $p<0,001$ ;  $p<0,05$ ) (Tablo 7).

**Tablo 7. Katılımcıların demografik özellikleri ile ölçek puanları arasındaki farklılıklar**

|                                   | <b>Akılcı İlaç<br/>Kullanımı</b>                   | <b>Anksiyete</b> | <b>Depresyon</b> |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------|------------------|------------------|
|                                   | <b>Ort±SS</b>                                      | <b>Ort±SS</b>    | <b>Ort±SS</b>    |
| <b>Cinsiyet</b>                   |                                                    |                  |                  |
| Kadın                             | 36,8±4,5                                           | 11,8±3,1         | 9,25±2,1         |
| Erkek                             | 36,1±5,3                                           | 12,1±2,9         | 9,19±2,2         |
| <b>p</b>                          | 0,165                                              | 0,306            | 0,776            |
| <b>Medeni Durum</b>               |                                                    |                  |                  |
| Bekar                             | 36,7±4,8                                           | 11,7±2,9         | 9,26±2,1         |
| Evli                              | 36,4±4,9                                           | 12,2±3,1         | 9,20±2,1         |
| <b>p</b>                          | 0,552                                              | 0,107            | 0,799            |
| <b>Eğitim Durumu</b>              |                                                    |                  |                  |
| Ortaokul ve altı <sup>†</sup> (a) | 34,1±5,2                                           | 12,4±2,8         | 9,54±2,2         |
| Lise (b)                          | 36,0±5,2                                           | 11,3±3,3         | 9,12±2,4         |
| Lisans ve üstü (c)                | 38,2±3,6                                           | 12,1±2,8         | 9,15±1,8         |
| <b>p</b>                          | <b>&lt;0,001**</b>                                 | <b>0,028*</b>    | 0,319            |
| <b>Post Hoc p</b>                 | b-a; $p=0,013$<br>c-a; $p<0,001$<br>c-b; $p<0,001$ | a-b; $p=0,036$   | -                |

Tablo 7'nin devamı

|                           | Akılci İlaç<br>Kullanımı | Anksiyete        | Depresyon    |
|---------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
|                           | Ort±SS                   | Ort±SS           | Ort±SS       |
| <b>Çalışma durumu</b>     |                          |                  |              |
| Çalışmıyor                | 36,2±4,9                 | 11,7±3,1         | 9,20±2,1     |
| Çalışıyor                 | 37,1±4,6                 | 12,2±2,9         | 9,26±2,1     |
| <b>p</b>                  | 0,074                    | 0,180            | 0,792        |
| <b>Sosyal güvence</b>     |                          |                  |              |
| Yok                       | 35,9±5,7                 | 11,2±3,2         | 8,98±2,4     |
| Var                       | 36,7±4,7                 | 12,1±2,9         | 9,27±2,0     |
| <b>p</b>                  | 0,317                    | <b>0,049*</b>    | 0,351        |
| <b>Aylık toplam gelir</b> |                          |                  |              |
| Gelir giderden az (a)     | 35,9±5,2                 | 11,6±3,1         | 8,97±2,2     |
| Gelir gidere eşit (b)     | 36,8±4,5                 | 12,2±2,8         | 9,47±1,9     |
| Gelir giderden fazla (c)  | 37,6±4,5                 | 12,2±3,2         | 9,31±1,9     |
| <b>p</b>                  | <b>0,034*</b>            | 0,197            | 0,122        |
| <b>Post Hoc p</b>         | <b>c-a; p=0,029</b>      |                  |              |
| <b>Yaşama ortamı</b>      |                          |                  |              |
| Aile ile                  | 36,2±4,9                 | 11,9±2,9         | 9,19±2,1     |
| Diğerleri                 | 38,2±3,9                 | 11,8±3,2         | 9,41±2,2     |
| <b>p</b>                  | <b>0,004**</b>           | 0,720            | 0,443        |
| <b>Sigara kullanımı</b>   |                          |                  |              |
| Yok                       | 37,0±4,5                 | 12,1±2,9         | 9,13±2,0     |
| Var                       | 35,7±5,4                 | 11,6±3,1         | 9,42±2,2     |
| <b>p</b>                  | <b>0,016*</b>            | 0,153            | 0,212        |
| <b>Yaş</b>                |                          |                  |              |
| <b>r</b>                  | -0,034                   | 0,215**          | 0,109*       |
| <b>p</b>                  | 0,519                    | <b>&lt;0,001</b> | <b>0,040</b> |

\*  $p<0,05$ , \*\* $p<0,001$ , Bağımsız student t-test, Oneway ANOVA test, Post Hoc Tukey test, Pearson korelasyon

Anksiyete ve depresyon düzeyleri ile katılımcıların bir sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı değişkeni ile aralarında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi (sırasıyla  $p=0,059$  ve  $p=0,293$ ). Akılci ilaç kullanımı ile bir sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı değişkeni arasında ise anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağı Post Hoc Tukey testi ile incelendiğinde; şikâyeti oldukça sağlık kuruluşuna başvuranların, yılda bir sağlık kuruluşlarına başvuranlara göre daha düşük akılci ilaç kullanım bilgi düzeylerine sahip oldukları belirlendi ( $p=0,020$ ) (Tablo 8).

**Tablo 8. Katılımcıların sağlık kuruluşuna başvurma davranışları ile ölçek puanlarının incelenmesi**

| Akılcı İlaç Kullanımı                                  |               | Anksiyete | Depresyon |
|--------------------------------------------------------|---------------|-----------|-----------|
| Ort±SS                                                 |               | Ort±SS    | Ort±SS    |
| <b>Sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı</b>              |               |           |           |
| Şikayetim oldukça (a)                                  | 36,9±4,4      | 12,1±2,9  | 9,01±2,0  |
| Ayda bir (b)                                           | 37,2±4,9      | 11,4±3,2  | 9,60±2,6  |
| 3 ayda bir (c)                                         | 36,4±4,9      | 12,1±2,9  | 9,42±1,9  |
| 6 ayda bir (d)                                         | 36,3±5,1      | 12,5±2,7  | 9,56±1,8  |
| Yılda bir (e)                                          | 34,1±6,4      | 10,6±3,4  | 9,40±2,7  |
| <b>p</b>                                               | <b>0,040*</b> | 0,059     | 0,293     |
| <b>Post Hoc p</b>                                      | a-e; p=0,020  |           |           |
| <b>Başvuru sebebi</b>                                  |               |           |           |
| Rapor almak                                            | 37,5±4,6      | 12,3±3,2  | 9,60±2,0  |
| Muayene olmak                                          | 36,6±4,9      | 12,1±2,9  | 9,15±2,1  |
| İlaç yazdırmak                                         | 36,1±4,5      | 11,2±2,9  | 9,36±2,0  |
| <b>p</b>                                               | 0,375         | 0,101     | 0,438     |
| <b>Son 6 ayda kaç kez sağlık kuruluşuna başvuruldu</b> |               |           |           |
| <b>r</b>                                               | 0,027         | -0,077    | 0,045     |
| <b>p</b>                                               | 0,638         | 0,185     | 0,433     |

\*  $p<0,05$ , \*\* $p<0,001$ , Bağımsız student t-test, Oneway ANOVA test, Post Hoc Tukey test, Pearson korelasyon

Ek hastalık varlığı ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı (sırasıyla  $p=0,186$  ve  $p=0,715$ ). Ek hastalık tespit edilen katılımcıların akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi ( $p<0,05$ ) (Tablo 9).

Reçetesiz ilaç kullanımı ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık tespit edilemedi (sırasıyla  $p=0,252$  ve  $p=0,566$ ). Reçetesiz ilaç kullanan katılımcıların akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı ( $p=0,001$ ) (Tablo 9).

Hekimin verdiği ilaçları kullanma davranışları ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p=0,638$  ve  $p=0,556$ ). Hekimin verdiği ilaçları kullanma davranışı değişkeni ile akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyleri arasında ise anlamlı bir farklılık tespit edildi ( $p<0,001$ ). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağı Post Hoc Tukey testi ile incelendiğinde hekim veya eczanenin önerdiği süre kadar kullananların; ilaç bitene kadar kullanımı ile şikâyetim geçene kadar kullanımı



görüşüne sahip olan katılımcılara göre akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin daha yüksek olmasından kaynaklandığı saptandı (sırasıyla  $p=0,011$ ;  $p<0,001$ ) (Tablo 9).

Antibiyotik kullanmaya başladıktan sonra tedaviyi kesme zamanı ile depresyon ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $p=0,828$ ). Katılımcıların akılcı ilaç kullanım bilgi ve anksiyete düzeyleri ile antibiyotik kullanmaya başladıktan sonra tedaviyi kesme zamanı değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olduğu belirlendi (sırasıyla  $p<0,001$ ;  $p=0,010$ ). Gruplar arasındaki farklılığın kaynağı Post Hoc Tukey testi ile incelendiğinde akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyinde hekimin önerdiği şekilde tedavi tamamlanınca antibiyotik kullanmayı bırakanların, ilaç bitince ve kendimi iyi hissedince bırakım şeklinde yanıt verenlere göre daha yüksek bilgi düzeyine sahip oldukları (sırasıyla  $p<0,05$ ,  $p<0,001$ ); ilaç bitince antibiyotik kullanımını bırakım şeklinde görüş bildirenler ile kendimi iyi hissedince antibiyotik kullanımını bırakım şeklinde görüş bildirenlere göre daha yüksek akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyine sahip olmalarından kaynaklandığı tespit edildi ( $p<0,05$ ). Anksiyete ölçek puanlarında ise hekimin önerdiği şekilde tedavi tamamlanınca antibiyotik kullanımını bitirenlerin, kendimi iyi hissedince antibiyotik kullanımını bitiren katılımcılara göre daha yüksek anksiyete düzeyine sahip olmalarından kaynaklandığı belirlendi ( $p=0,007$ ) (Tablo 9).

Evdeki hiç kullanılmamış ya da yarım kullanılmış ilaç kutu sayısı, başvuru sebebi ve son 6 ayda sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı değişkenleri ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilemedi (tümü için  $p>0,05$ ) (Tablo 9).

**Tablo 9. Katılımcıların ek hastalık varlığı, reçeteli ve reçetesiz ilaç kullanma davranışlarının ölçek puanlarıyla karşılaştırılması**

|                                                                          | <b>Akılcı İlaç Kullanımı</b> | <b>Anksiyete</b> | <b>Depresyon</b> |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------|------------------|
|                                                                          | <b>Ort±SS</b>                | <b>Ort±SS</b>    | <b>Ort±SS</b>    |
| <b>Ek hastalık</b>                                                       |                              |                  |                  |
| Yok                                                                      | 36,2±4,9                     | 11,8±2,9         | 9,25±2,1         |
| Var                                                                      | 37,5±4,4                     | 12,3±3,2         | 9,16±2,2         |
| <b>p</b>                                                                 | <b>0,025*</b>                | 0,186            | 0,715            |
| <b>Reçetesiz ilaç kullanımı</b>                                          |                              |                  |                  |
| Yok                                                                      | 38,0±3,8                     | 12,2±3,0         | 9,12±2,1         |
| Var                                                                      | 36,1±5,0                     | 11,8±2,9         | 9,26±2,1         |
| <b>p</b>                                                                 | <b>0,001**</b>               | 0,252            | 0,566            |
| <b>Evdeki hiç kullanılmamış ya da yarım kullanılmış ilaç kutu sayısı</b> |                              |                  |                  |
| Hiç yok                                                                  | 36,6±4,8                     | 12,5±3,1         | 9,11±2,2         |
| 1-5 kutu                                                                 | 36,6±4,9                     | 11,9±2,9         | 9,25±2,1         |
| 5 kutudan fazla                                                          | 36,5±4,8                     | 11,5±2,9         | 9,30±2,0         |
| <b>p</b>                                                                 | 0,975                        | 0,053            | 0,814            |

Tablo 9'un devamı

|                                                                            | <b>Akılci İlaç Kullanımı</b>                 | <b>Anksiyete</b> | <b>Depresyon</b> |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------|------------------|
|                                                                            | <b>Ort±SS</b>                                | <b>Ort±SS</b>    | <b>Ort±SS</b>    |
| <b>Hekimin verdiği ilaçları ne şekilde kullanılmakta</b>                   |                                              |                  |                  |
| Hekim veya eczanenin önerdiği süre kadar kullanırım (a)                    | 38,1±3,7                                     | 12,1±2,9         | 9,12±1,9         |
| İlaç bitene kadar kullanırım (b)                                           | 36,3±5,2                                     | 12,0±3,1         | 9,42±2,3         |
| Şikayetim geçene kadar kullanırım (c)                                      | 35,2±5,1                                     | 11,7±2,9         | 9,20±2,1         |
| <b>p</b>                                                                   | <b>&lt;0,001**</b>                           | 0,638            | 0,556            |
| <b>Post Hoc p</b>                                                          | a-b; p=0,011<br>a-c; p<0,001                 |                  |                  |
| <b>Anbitiyotik kullanmaya başladıktan sonra tedaviyi nasıl kesersiniz?</b> |                                              |                  |                  |
| Hekimin önerdiği şekilde tedavi tamamlanınca (a)                           | 37,9±4,1                                     | 12,3±2,9         | 9,17±2,1         |
| İlaç bitince (b)                                                           | 36,3±4,5                                     | 11,8±2,5         | 9,30±2,1         |
| Kendimi iyi hissedince (c)                                                 | 33,8±5,5                                     | 11,1±3,3         | 9,31±2,2         |
| <b>p</b>                                                                   | <b>&lt;0,001**</b>                           | <b>0,010*</b>    | 0,828            |
| <b>Post Hoc p</b>                                                          | a-b; p=0,032<br>a-c; p<0,001<br>b-c; p=0,003 | a-c; p=0,007     |                  |

\*  $p<0,05$ , \*\* $p<0,001$ , Bağımsız student t-test, Oneway ANOVA test, Post Hoc Tukey test, Pearson korelasyon

Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu belirlendi (sırasıyla  $r=0,396$ ;  $r=0,311$ ). Katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ise pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki olduğu saptandı ( $r=0,788$ ) (Tablo 10).

Tablo 10. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

|                              | <b>Anksiyete</b> |              | <b>Depresyon</b> |              |
|------------------------------|------------------|--------------|------------------|--------------|
|                              | <b>r</b>         | <b>p</b>     | <b>r</b>         | <b>p</b>     |
| <b>Akılci İlaç Kullanımı</b> | 0,396*           | <b>0,017</b> | 0,311*           | <b>0,012</b> |
| <b>Anksiyete</b>             |                  |              | 0,788*           | <b>0,019</b> |

\*  $p<0,05$ , \*\* $p<0,001$ , Pearson korelasyon

## 5. TARTIŞMA

Akılcı ilaç kullanımının; hasta, hekim, sağlık sektörünün kontrolü altındaki ilaç tedarik sistemi, mevzuat, ilaç ile ilgili bilgi eksikliği ve tüm bu faktörlerin birleşimiyle ilişkili olduğu bilinmektedir.<sup>85</sup> Hem ülkemizde hem de dünyada, ülke ekonomisi ve kaynaklarının ihtiyaç dışı kullanımı, halk sağlığı problemlerinin görülmesi gibi nedenlerle günümüzde akılcı olmayan ilaç kullanımının önlenmesinin önemi artmıştır. Çalışmamızda da, Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran yetişkin hastalarda akılcı ilaç kullanımı sürecindeki tutum ve davranışlarının ve ilişkili faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

### 5.1. Sosyodemografik Değişkenler ile AİK Bilgi Düzeyinin İncelenmesi

Bizim çalışmamızda yer alan katılımcıların akılcı ilaç kullanımı puanları incelendiğinde, katılımcıların %73,96'sının 35 ve üzeri puana sahip olduğu ve akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olduğu tespit edilmiştir. Dahiliye polikliniğine başvuran 542 erişkinin akılcı ilaç kullanımına ilişkin bilgi, tutumları ve etkileyen faktörlerin incelendiği bir araştırmada katılımcıların akılcı ilaç kullanım ölçeğinden aldıkları puanların ortalama değerlerinin  $35,22 \pm 5,13$  olduğu ve bireylerin akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olduğu saptanmıştır.<sup>108</sup> Akılcı ilaç kullanımı ölçeği geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirildiği bir araştırmada da, katılımcıların Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeğinden alınan puanların ortalamasının  $33,6 \pm 6,2$  olduğu görülmüştür.<sup>36</sup> Şahin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yaşları 18-75 arası değişen 180 kişi dahil edilmiş ve katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ölçeğinden aldıkları ortalama puanın  $35,64 \pm 5,7$  olduğu ve %62,8'inin akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olduğu görülmüştür.<sup>21</sup> Konya'da özel bir hastaneye 2019 yılında başvuran 124 kişi ile yapılmış bir araştırmada da, bireylerin akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerinin yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>109</sup> Yaşlıların akılcı ilaç kullanımı ölçeği ortalama puanının  $32,52 \pm 2,93$  olduğu ve %77,3'ünün akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin düşük olduğu saptandı.<sup>103</sup> Akyolguner ve ark. 2020 yılında diyabet tanılı bireylerle aynı ölçek kullanılarak yapılan hastaların ölçek puan ortalamasının  $31,30 \pm 8,85$  olduğu ve buna bağlı olarak akılcı ilaç kullanım bilgilerinin düşük olduğu belirtilmiştir. <sup>133</sup> Literatüre bakıldığında, toplum genelinde yapılan araştırmaların çoğunda bireylerin akılcı ilaç kullanım düzeylerinin

yüksek olduğu görülmüştür. Toplumda akılcı ilaç kullanım düzeylerinin yüksek olması ile hatalı ilaç kullanımından kaynaklı ekonomik yük azaltılabileceği ve bireyler üzerinde meydana gelebilecek biyolojik, fizyolojik veya psikolojik zararlar önlenilebileceği düşünülmüştür.

**Cinsiyet:** Akılcı ilaç kullanımı üzerinde bireylerin yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, gelir durumu, eğitim durumu, aile tipi ve yaşam yeri gibi sosyo-demografik özelliklerin etkili olduğu belirtilmektedir.<sup>86,87</sup> Çalışmamıza katılan 361, katılımcının %63,7'sinin (n=230) kadın olduğu saptanmıştır. Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi 2022 yılı Adana ili verilerine göre nüfusun %50,02'sinin erkek, %49,98 kadın olduğu bildirilmiştir.<sup>89</sup> Çalışmamızın yürütüldüğü aile sağlığı merkezine kayıtlı bireylerin cinsiyet dağılımı da bu veriye benzer şekilde %48,3 erkek ve %51,7 kadın şeklindeydi. Buna rağmen çalışmaya alınan katılımcılar arasında kadınların sayısının genel dağılıma göre daha yüksek bulunmasının nedeni kadınların ASM'ye daha sık başvurmaları olabilir. Çalışmamızda akılcı ilaç kullanımının cinsiyetler arasında farklılık göstermediği saptanmıştır. Ankara'da üniversite öğrencilerinin akılcı ilaç kullanma farkındalıklarının belirlendiği bir araştırmada, katılımcıların %82,4'ünün kadın ve %17,6'sının erkek olduğu görülmüştür.<sup>88</sup> Eskişehir'de 762 kişilik bir birinci basamak araştırmada çalışma grubunun 414'ünün (%53.9) erkek olduğu görülmüştür.<sup>39</sup> Manisa ilinde yapılan bir çalışmada cinsiyet ile akılcı ilaç kullanımının anlamlı olarak değişmediği sadece kadınlar arasında hekimin tavsiyesine uymayanların oranı daha yüksek saptanmıştır.<sup>107</sup> Şahin'in 2020 yılında yaptığı bir araştırmada, araştırmaya katılan kadınların erkeklere göre akılcı ilaç kullanım ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu görülmüştür.<sup>21</sup> Bir diğer araştırmada, akılcı ilaç kullanımı ölçek puanlarının kadın katılımcıların %52'sinde, erkek katılımcıların %43,6'sında yeterli olduğu görülmüş ancak cinsiyetler arası farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir.<sup>90</sup> Bayer ve ark. kronik hastalığı olan bireylerde AİK tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yaptığı çalışmada, ayrıca Denizli ili Pamukkale ilçesindeki ASM'lere başvuran yetişkinlerin, Cihangiroğlu ve ark. kardiyoloji kliniğinde başvuran hastalarda akılcı ilaç kullanımının değerlendirildiği başka bir çalışmada ve Kastamonu ilinde yapılan çalışmada da çalışmamıza benzer şekilde akılcı ilaç kullanımında cinsiyetler arasında bir farklılık saptanmamıştır.<sup>49,87,90</sup> Bizim araştırmamızda da bunlara benzer şekilde, cinsiyet değişkeni açısından akılcı ilaç

kullanım ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık görülmemiştir. Serkan Deniz'in İstanbul'da 479 katılımcıyla yaptığı araştırmada araştırmaya katılanlardan %45,5'i erkek, %54,5'i ise kadındır. Kadın katılımcıların AİK konusunda daha uygun davranış ve tutuma sahip olduğu gösterilmiştir.<sup>86</sup> Recep Kılıç'ın Denizli Pamukkale'de 385 kişiyle yaptığı araştırmada katılımcıların %59'unun kadın olduğu bildirilmiştir.<sup>90</sup> Özyiğit ve Arıkan'ın üniversite öğrencilerinde yaptıkları çalışmada ise erkeklerin daha akılcı davranış sergilediği gözlenmiştir.<sup>128, 39</sup> Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 400 katılımcıyla yapılan çalışmada katılanların yarısından fazlasının kadın olduğu ve kadınların AİK konusunda daha yeterli olduğu bildirilmiştir.<sup>44</sup> Ercan ve ark. Sivas ilinde yaptıkları çalışmada da kadınların daha akılcı davranış sergiledikleri saptanmıştır.<sup>139</sup> Çin'de yapılan bir araştırmada kadın katılımcıların erkeklere göre AİK motivasyon ve becerisinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>120</sup> Etiyopya'da 370 kişi ile Mamo ve arkadaşlarının 2018 yılında yürüttüğü bir araştırmada da katılımcıların cinsiyetinin yarısından çoğunun kadın olduğu bildirilmiştir.<sup>97</sup>

**Yaş:** Bizim araştırmamızda, yaşları 18-72 yaş arası değişen katılımcıların yaş ortalamalarının  $33,6 \pm 11,6$  yıl olduğu görülmüştür. Yaş ile AİK arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Alpaydın ve ark. Mardin ilinde kamu ve özel hastanelerin, dahiliye polikliniklerine başvuran, yaşları 18-75 arası değişen 542 erişkin akılcı ilaç kullanımına ilişkin bilgi ve tutumları ve etkileyen faktörler incelenmiş ve katılımcıların yaş ortalaması  $34,90 \pm 11,12$  yıl olarak saptanmıştır. Ayrıca 50 yaş üzerindeki katılımcıların AİK ölçeği puanlarının 20 yaş ve altı, 21-30 yaş grubu ve 31-40 yaş grubundaki erişkinlere göre anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır.<sup>91</sup> Serkan Deniz'in araştırmasında katılımcıların %41,8'i 25 ve altında olduğu görülmüş ve 46 veya üzerindeki diğer yaş aralığındaki katılımcılara göre daha uygun tutum ve davranışlar sergilediği gösterilmiştir.<sup>86</sup> Recep Kılıç'ın Denizli Pamukkale'de yaptığı araştırmada yaş ortalaması  $46,63 \pm 16,31$  yıl olarak bulunmuş olup AİK açısından yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.<sup>90</sup> Cihangiroğlu ve ark. GATA kardiyoloji kliniğinde yatan hastaların AİK tutumlarını incelediği araştırmada yaş ortalaması  $29,3 \pm 16,4$  yıl olarak bildirilmiştir.<sup>87</sup> Eskişehir'de ASM'lerde 768 kişi ile yapılan bir araştırmada yaşlar 18-87 arasında olup ortalama  $41,9 \pm 14,5$  yıl olarak bulunmuştur. Genç yaş grubunun AİK yeterliliğinin daha düşük olduğu bildirilmiştir.<sup>36</sup> Şendir ve ark.

İstanbul ilinde 5 farklı ASMde 382 katılımcı ile yürüttükleri araştırmada ortalama yaş  $41,3 \pm 15,3$  olarak bulunmuş, ileri yaş grubunun daha genç yaş grubuna göre AİK bilgi düzeyinin daha düşük olduğu gösterilmiştir.<sup>121</sup> Kastamonu ilinde yapılan çalışmada AİK ölçeği puanının ileri yaşta olanlarda daha yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>92</sup> Kronik hastalığa sahip genç ve yaşlı bireylerin ilaç uyum durumlarını ve akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla bir devlet hastanesinin, dahiliye bölümüne başvuran 65 yaş altı 105, 65 yaş ve üzeri 105 olmak üzere toplamda 210 hasta ile yürütülen bir çalışmada akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyinin 65 yaş altı hastalarda daha yüksek olduğu belirlenmiştir.<sup>133</sup>

Uçman ve ark. tarafından 2021 yılında yayınlanan ve verilerin çevrimiçi anket yoluyla toplandığı, 18-65 yaş arasındaki yetişkin bireyleri kapsayan araştırmasında AİK ile yaş grupları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.<sup>48</sup> Çin'in Anhui kentinde ikinci basamak hastane polikliniğinde akılcı ilaç kullanım davranışı üzerine yapılan bir araştırmada katılımcılar ortalama 45.3 yaşında olup AİK grupları açısından yaş arttıkça bilgi düzeyinin azaldığı ama bunun anlamlı bir fark oluşturmadığı bildirilmiştir.<sup>120</sup> Literatürde akılcı ilaç kullanımının yaştan nasıl etkilendiği araştırıldığında farklı sonuçlar elde edildiği görülmektedir. Bu konuda kesin bir yargıya varabilmek için araştırmanın yapıldığı popülasyonun diğer özellikleri (eğitim durumu, sosyal yapı vs) ile birlikte değerlendirilmesinin daha uygun olduğu düşünülebilir.

**Medeni durum:** Çalışmamızda katılımcıların %54,8'inin evli, %45,2'sinin bekar olduğu görülmüştür. AİK ölçek skorları açısından evli ve bekarlar arasında fark saptanmamıştır. Benzer şekilde Gamze Arat'ın Sinop Atatürk Devlet Hastanesi'nde göğüs hastalıkları, iç hastalıkları, endokrinoloji ve kardiyoloji polikliniklerine başvuran ve en az bir kronik hastalığa sahip olan 478 hastayla yaptığı çalışmada; katılımcıların yarısından fazlası evlidir ve AİK açısından bu durumun anlamlı bir fark yaratmadığı bildirilmiştir.<sup>122</sup> Kastamonu ili Taşköprü ilçesi aile sağlığı merkezine başvuran yetişkinlerin akılcı ilaç kullanımının değerlendirildiği bir araştırmada, katılımcıların %69,7'sinin evli olduğu, %21,3'ünün bekar, %4,7'sinin ayrı yaşadığı ve %4,3'ünün boşanmış olduğu bildirilmiştir. AİK ölçeği puanları yaş grupları arasında istatistiksel anlamlılık göstermemiştir.<sup>92</sup> Beggi B. ve ark. tarafından Antalya Eğitim ve Araştırma

Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 400 katılımcı ile yapılan çalışmada %75'inin evli olduğu bildirilmiştir. Evlilerin hastalandıklarında doktora gitme oranının bekarlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek olduğu bulunmasına rağmen bu çalışmada medeni durum ile AİK bilgi düzeyi arasındaki ilişki çalışılmamıştır.<sup>44</sup> Zonguldak'ta Akyol Güner ve ark. tarafından 2020 yılında yapılan 200 katılımcılı diyabetli bireylerde sağlık okur yazarlığı ve aile birlikteliği adlı çalışmada evlilerin akılcı ilaç kullanımı ölçek puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.<sup>133</sup> Uçman ve ark. tarafından 2021 yılında yayınlanan ve verilerin çevrimiçi anket yoluyla toplandığı, 236 katılımcılı 18-65 yaş arasındaki yetişkin bireyleri kapsayan araştırmasında katılımcıların %65,7 si evli olup AİK ile medeni durum arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır.<sup>48</sup> Emik ve ark. tarafından İstanbul ilinde, aile sağlığı merkezine başvuran yetişkinlerde akılcı ilaç kullanımını değerlendiren bir çalışmada katılımcıların %62,5'inin evli olduğu görülmüştür.<sup>93</sup> Etiyopya'da Mamo ve arkadaşlarının 2018 yılında 370 kişi ile yürüttüğü bir çalışmada da katılımcıların yarısından çoğunun evli olduğu bildirilmiştir.<sup>97</sup> Çalışmamızın sonuçlarının medeni durum değişkeni açısından literatür ile benzerlik gösterdiği söylenebilir. Ancak çalışmalarda medeni durumun AİK davranışını ne şekilde etkilediğine dair karşılaştırma yapılabilecek veri sayısının az olması nedeniyle bu parametre açısından yapılan karşılaştırma yetersizdir.

**Eğitim durumu:** Araştırmamızda, katılımcıların %46,5'inin lisans/lisansüstü öğrenim mezunu olduğu görülmüştür. Akılcı ilaç kullanımı ölçek puanları ile eğitim durumu arasında ise anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Ortaokul ve altı mezuniyet düzeyine sahip olan bireylerin lise, lisans, lisansüstü mezuniyet düzeyine sahip olanlara göre daha düşük AİK bilgi düzeyine sahip oldukları, lise mezunu olanların AİK bilgi düzeylerinin ise lisans, lisans üstü mezunlarına göre daha düşük olduğu görülmüştür. Çalışmamıza benzer şekilde, Şendir ve arkadaşlarının 2012 yılında 5 farklı aile sağlığı merkezinde yürüttüğü bir çalışmada, katılımcılar arasında en fazla (%39,8) ilkokul mezunu olduğunu ve AİK uyumunu bireylerin eğitim seviyelerinin yükseldikçe arttığı bildirilmiştir.<sup>121</sup> Alpaydın'ın 2022 yılında 542 katılımcı ile yaptığı bir çalışmada, yetişkin bireylerin eğitim durumu ile akılcı ilaç kullanım ölçeğinden aldıkları puanlar değerlendirilmiş %29,2'sinin lise mezunu olduğu ve ortaokul mezunu olan erişkinlerin AİK puanının, lise, lisans ve lisansüstü mezunu olan kişilere göre

anlamalı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Lise mezunu olan katılımcıların ölçek toplamından aldıkları puanların, lisans mezunu olan kişilere göre anlamalı düzeyde düşük olduğu bildirilmiştir.<sup>91</sup> Yaşlıların akılcı ilaç kullanımının incelendiği bir araştırmada ise, okuryazar olmayan yaşlıların ilkokul, ortaokul, lise/üniversite mezunu olan yaşlılara göre akılcı ilaç kullanım ölçeği puan ortalamalarından daha düşük olduğu saptanmıştır.<sup>103</sup> Recep Kılıç tarafından Denizli ilinde yapılan ASMlerde yapılan çalışmada öğrenim seviyesi arttıkça AİK bilgisinin istatistiksel olarak anlamalı bir farkındalık yarattığı bulunmuştur.<sup>90</sup> Edirne’de 2015 yılında yapılan bir çalışmaya katılan hastaların doktor önerisi olmadan ilaç kullanma durumları eğitim durumuna göre incelenmiş ve eğitim durumu lise ve üstü mezunu olan katılımcıların ilkokul ve ortaokul mezunu olan katılımcılara göre ölçek puan ortalamalarının yüksek olması istatistiksel olarak anlamalı bulunmuştur.<sup>95</sup> Öte yandan İstanbul’da Serkan Deniz tarafından yapılan bir araştırmada katılımcıların yarısına yakını lise veya altı eğitim düzeyine sahiptir ve AİK parametrelerinin bir kısmının eğitim durumundan etkilendiği saptanırken bir kısmı etkilanmemektedir.<sup>86</sup> Eskişehir ilinde yapılan bir araştırmada katılımcıların yarıya yakını lise ve üzerinde öğrenime sahip olup öğrenim durumu ile akılcı olmayan ilaç kullanım davranışı arasında bir fark saptanmamıştır.<sup>3</sup> İnce’nin Kastamonu’da yaşayan erişkinler üzerinde yaptığı bir araştırmada, öğrenim durumlarına göre akılcı ilaç kullanımı ölçeğinin genel toplam puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamalı bir farklılık olmadığı görülmüştür.<sup>92</sup> Uçman ve ark. tarafından 2021 yılında yayınlanan ve verilerin çevrimiçi anket yoluyla toplandığı, 18-65 yaş arasındaki yetişkin bireyleri kapsayan araştırmasında AİK ile eğitim durumu arasında anlamalı farklılık bulunmamıştır.<sup>48</sup> Çin’de 2015 yılında yapılan bir araştırmada 1214 katılımcının en fazla ortaokul ve en az lisans grubunda olduğu bildirilmiş olup yüksek eğitim düzeyinin AİK motivasyon ve becerisini artırdığı bildirilmiştir.<sup>120</sup> Literatürde yer alan çalışmalarla benzer şekilde bizim çalışmamızda da eğitim seviyesi arttıkça akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin arttığı görülmüştür. Toplumda bireylerin eğitim düzeylerinin arttırılması ile akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin yüksek olması sağlanabilir.

**Gelir:** Bizim araştırmamızdaki katılımcılar aylık toplam gelir açısından değerlendirildiğinde, %41,6’sının gelirlerinin giderden az olduğu saptanmıştır. Gelirleri giderlerinden fazla olan katılımcıların, gelirleri giderlerinden az olan katılımcılara göre akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin anlamalı derecede daha yüksek olduğu saptandı.



Recep Kılıç'ın Denizli ilinde 2020 yılında yaptığı AİK bilgisi çalışmasında katılımcıların %46,7'sinin gelirinin giderine eşit olduğu görülmüştür ve gelirin giderden az olması akılcı ilaç kullanım bilgisi açısından bir risk faktörü olarak saptanmıştır.<sup>90</sup> Dağtekin ve ark. Eskişehir'de yaptıkları 762 kişilik AİK tutumlarını inceledikleri çalışmada katılımcıların sadece %16,1'inin gelir durumunun iyi olduğunu bildirilmektedir. Gelir durumu kötü olanlar, iyi olanlara göre akılcı olmayan ilaç kullanımı açısından 4 kat daha riskli olarak saptanmıştır.<sup>36</sup> Macit ve ark. tarafından Kahramanmaraş Göksun ilçesinde Ocak ve Nisan 2018 tarihleri arasında 7 eczaneye başvuran 173 kişiyle yapılan araştırmada ve Bayer ve Uzuntarla tarafından 2022 yılında kronik hastalığı olan ve bir özel hastane polikliniğine başvuran 152 yaşlı birey ile yürüttüğü çalışmada akılcı ilaç kullanımı düzeyi ve farkındalığının gelir durumunun iyi olduğu katılımcılarda daha yüksek olduğu bildirilmiştir.<sup>46,49</sup> Şahin ve ark. tarafından Tokat'ta 2020 yılında yapılan ve yetişkinlerde akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyinin değerlendirildiği bir araştırmada, çalışmamıza benzer şekilde katılımcıların çoğunluğunun (%63,9) gelir düzeylerinin giderlerden daha az olduğu görülmüştür ancak çalışmamızdan farklı olarak gelir düzeyinin AİK üzerine etkisi bulunmadığı saptanmıştır.<sup>21</sup> Alpaydın ve ark. Mardin ilinde kamu ve özel hastanelerin dahiliye polikliniklerine başvuran, yaşları 18-75 arası değişen 542 erişkin akılcı ilaç kullanımına ilişkin bilgi ve tutumları ve etkileyen faktörler incelenmiş ve katılımcıların yarısından fazlasının geliri giderinden az bulunmuş olup gelir durumu ile AİK bilgisi arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.<sup>91</sup> Bakımlı'nın 2023 yılında 440 katılımcı ile yaptığı araştırmada, yaşlıların tanıtıcı özelliklerinden olan gelir düzeyi ile akılcı ilaç kullanımı ölçeği puan ortalamaları arasında anlamlı fark olmadığı bildirilmiştir.<sup>103</sup> İzmir ilinde bir köyde yaşayan 61 kişiye ev ziyareti yapılarak yürütülen bir araştırmada katılımcıların ekonomik durumu değerlendirildiğinde, %54,5'inin gelirlerinin kısmen yeterli olduğu görülmüştür ve bu açıdan çalışmamızla benzer olmadığı görülmüştür.<sup>94</sup> Edirne il merkezinde bulunan 19 aile sağlığı merkezine başvuran 6133 katılımcının değerlendirildiği bir araştırmada, doktorun bilgisi dışında ilaç kullanma alışkanlıklarının geliri yüksek kişilerde geliri daha düşük olan kişilere göre daha fazla olduğu bildirilmiştir.<sup>95</sup> Çin'in Anhui kentinde akılcı ilaç kullanım davranışının araştırıldığı bir araştırmada katılımcıların yarıya yakını düşük gelir grubunda olup gelir durumu arttıkça AİK motivasyon ve becerisinin yükseldiği bildirilmiştir.<sup>120</sup> Gelir durumunun daha iyi

olduğu koşullarda sağlık hizmeti alımının daha iyi olabileceği ve sağlık ile ilgili bilgiye ulaşımın kolaylaştığı düşünülse de literatürde gelir durumu ve akılcı ilaç kullanımı ilişkisi ile ilgili çelişkili sonuçlar olduğu görülmüştür. Gök ve Hergül'ün 2020 yılında yaptıkları 311 katılımcılı cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi için yapılan araştırmada sosyo-ekonomik düzeyi düşük olan bireylerde anksiyete ve depresyon puanlarının istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu görülmüştür.<sup>112</sup> Araştırmamızda, aylık toplam gelir ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken, akılcı ilaç kullanımı ve aylık toplam gelir değişkeni arasında anlamlı bir farklılık görülmüştür.

**AİK ve Sosyal Güvence:** Alpaydın ve ark. tarafından 2022 yılında yapılan, dahiliye polikliniğine başvuran 542 erişkinde akılcı ilaç kullanımının değerlendirildiği araştırmada, sosyal güvencesi olan erişkinlerin Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği toplam puanlarının, sosyal güvencesi olmayan erişkinlere göre yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür.<sup>91</sup> Recep KILIÇ 2020 yılında Denizli ili Pamukkale ilçesinde 385 erişkinin akılcı ilaç kullanımı incelenmiş ve sosyal güvencesi olan 369 katılımcının %49,6'sının akılcı ilaç kullanım bilgisi yeterli olduğu görülmüştür.<sup>90</sup> Bizim çalışmamızda ise, sosyal güvencesi olan katılımcıların anksiyete düzeylerinin, sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilirken; akılcı ilaç kullanımı ve depresyon ölçek puanları ile sosyal güvence değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

**AİK ve aile ile birlikte yaşama:** Çalışmamızda aileleri ile birlikte yaşayan katılımcıların, diğer bireyler ile veya yalnız yaşayan katılımcılara göre akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu belirlendi. Bakımlı'nın 2023 yılında 440 katılımcı ile yaptığı araştırmada %86,4 katılımcı aile ile birlikte yaşamaktadır.<sup>103</sup> Bu parametreyi değerlendiren araştırma bulunamadığı için karşılaştırma yapılamamıştır.

**Sigara:** %33,8 katılımcının sigara kullandıkları belirlendi. Çalışmamızda sigara kullananların, kullanmayanlara göre akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı. Sigara kullanımı ile anksiyete ve depresyon ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık yoktu.

**Hasta olunca başvurulacak kişi:** Halk sağlığı açısından herhangi bir hastalık durumunda başvurulacak ilk kişinin hekim olması önem taşımaktadır. Araştırmamızda çalışmaya katılan bireylerin %54,8'inin sağlık ile ilgili şikayetleri oldukça hekime

başvurduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde, Yılmaz ve arkadaşlarının 2020 yılında yaşlı bireylerde yaptığı çalışmada ise, katılımcıların %54,1'inin hasta olduğunda hekime başvurduğu bildirilmiştir.<sup>96</sup> Aydın'da yaşayan 440 yaşlı bireyin akılcı ilaç kullanımı davranışlarının incelendiği bir araştırmada, yaşlıların %91,6'sının sağlık sorunu yaşadığında hekime başvurduğu görülmüştür. Antalya'da aile hekimliği polikliniğinde AİK bilgisi için 400 katılımcı ile yapılan bir çalışmada 18 yaş ve üzeri bireylerden %77,7'sinin hastalık durumunda aile hekimine başvurduğu bulunmuştur ayrıca kadınların ve evlilerin hastalandıklarında diğer gruplara oranla daha çok doktora başvurdıkları bulunmuştur.<sup>44</sup> Bu oranlar bizim çalışmamızda bulduğumuz orana göre daha yüksektir. Öte yandan, Recep Kılıç'ın Denizli ili Pamukkale ilçesinde ASM'lere başvuran 385 katılımcıyla yaptığı akılcı ilaç kullanım bilgisini araştıran çalışmada katılımcıların hasta olduğunda %31,4 oranında hekime başvurduğunu bildirmiştir.<sup>90</sup> Çalışmamız bu açıdan literatür ile benzerlik göstermektedir.

**Sağlık kuruluşuna gitme sıklığı:** Kişilerin bir sağlık kuruluşuna şikayetleri olduğu zaman başvurmak yerine öncesinde kullandığı bir ilacı benzer şikâyet durumunda tekrar kullanması, önerilen doz ve sürede ilacı kullanmaması, birilerinin tavsiyesi ile ilaç kullanma durumu veya reçetesiz ilaç kullanımı akılcı olmayan ilaç kullanımlarına neden olmaktadır.<sup>2</sup> Şahin'in yaptığı araştırmada ise yetişkin hastaların herhangi bir sağlık kuruluşuna yıllık başvuru sıklığının  $6.78 \pm 5.22$  olduğu saptanmıştır.<sup>21</sup> Araştırmamızda, katılımcıların son 6 ayda ortalama  $3,34 \pm 3,1$  defa sağlık kuruluşuna başvurdıkları ve %54,8'inin şikâyeti oldukça bir sağlık kuruluşuna başvurduğu görülmüştür. Akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin ayda bir sağlık kuruluşuna başvuranlarda daha yüksek olduğu görülmüştür. Ancak, şikâyeti oldukça sağlık kuruluşuna başvuranların, yılda bir sağlık kuruluşlarına başvuranlara göre akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu görülmüştür.

## **5.2. İlaç Kullanma Davranışlarının İncelenmesi**

**Reçetesiz ilaç kullanma davranışı :** Çalışmamızda reçetesiz ilaç kullananların oranının %75,1 olduğu saptanmıştır. Uçman ve ark. 18-65 yaş arasındaki 267 erişkinle yaptıkları çalışmada yetişkin bireylerin %88,1'inin son üç ayda reçetesiz ilaç kullandığı saptanmıştır.<sup>48</sup> Kastamonu'da yapılan bir araştırmada, çalışmaya katılan bireylerin %21,3'ünün doktora başvurmadan reçetesiz ilaç kullandığı bulunmuştur.<sup>92</sup> İç

Anadolu’da yer alan 5 farklı il merkezinde erişkinlerde yürütülen bir araştırmaya 686 kişi dahil edilmiş ve bu kişilerden %63,4’ünün reçetesiz ilaç kullandığı görülmüştür. Reçetesiz ilaç kullanan kişilerin büyük çoğunluğunun önceden kullandıkları ilaçtan fayda gördüklerini düşündüğü ilaçları tekrar kullandıkları tespit edilmiştir.<sup>100</sup> Afyon Kocatepe Üni. Özdiç S. ve ark. 2015 yılında 419 katılımcı ile yaptığı akılcı ilaç kullanımı hakkındaki çalışmada %54 oranında reçetesiz ilaç kullanıldığı ve daha çok 19-24 yaş grubunun ,ortaokul-lise mezunlarının ve öğrencilerin daha çok doktora danışmadan ilaç kullandığı bildirilmiştir.<sup>136</sup> Konya merkezde 2016 yılında yürütülen bir araştırmada ise, reçetesiz ilaç kullanım oranının %77,3 olduğu görülmüştür.<sup>101</sup> Beggi ve ark. tarafından Antalya ilinde akılcı ilaç kullanımını değerlendirmek için yapılan araştırmada katılımcılardan gençler, kadınlar, evliler, lise ve üniversite mezunları daha fazla evlerinde reçetesiz ilaç bulundurmaktaydı.<sup>44</sup> İzmir Güzelbahçe’de kırsal alanda yaşayan yetişkin bireylerin akılcı ilaç kullanım durumuyla ilgili 61 katılımcı ile yürütülen çalışmada katılımcıların %27,9’unun doktor reçetesi dışında ilaç aldığı bildirilmektedir.<sup>94</sup> B Supsal ve Şahin’in 2020’de yayınladıkları, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesine kayıtlı, rastgele seçilen 85 öğrenci ile yaptıkları çalışmada öğrencilerin %60’nın hekime danışmadan ilaç kullanmadığı saptanmıştır.<sup>127</sup> Belçika’da yapılan 288 katılımcılı bir çalışmada reçetesiz ilaçlar tüm ilaçların yarısından çoğunu oluşturmaktadır.<sup>125</sup> Reçetesiz antibiyotik kullanımını araştırmak amacıyla 2021 yılında 945 katılımcı ile online anket ile yapılan bir çalışmada Sonuçlara göre örneklemin %34,2’si geçerli bir reçete olmaksızın kendi kendine antibiyotik kullanmıştır.<sup>137</sup> Fibromiyalji hastalarında anksiyete ile ilgili yapılan bir çalışmada anksiyete olan hastaların reçeteli tıbbi tedavilere uyma olasılığı daha düşük olabileceğinden tedavi sonuçları üzerinde olumsuz bir etkiye neden olabileceği bildirilmiştir.<sup>132</sup>

Literatürde yer alan farklı araştırmalarda farklı sonuçlar olduğu görülmüştür. Bu farklılığın, çalışmalara dahil edilen bireylerin sosyo-demografik özelliklerinin farklılığından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Mardin ilinde bir kamu ve özel hastanenin dahiliye polikliniğine başvuran 542 kişi erişkin birey ile gerçekleştirilen bir araştırmada, bireylerin %19,7’sinin komşularının ve/veya yakınlarının tavsiyesi ile ilaç kullandığı görülürken,<sup>91</sup> Etiyopya’da Mamo ve arkadaşlarının 2018 yılında 370 kişi ile yürüttüğü bir araştırmada da

bireylerin %18,9'unun arkadaş/komşu tavsiyesi ile ilaç kullandıkları görülmüştür.<sup>97</sup> Bir diğer araştırmada huzurevinde yaşayan 171 yaşlı birey değerlendirilmiş ve arkadaş tavsiyesi ile reçetesiz ilaç kullanım oranının %27,9 olduğu bildirilmiştir.<sup>98</sup> Tarhan ve arkadaşlarının 110 yaşlı birey ile yapmış oldukları çalışmada da bireylerin %15,5'inin tavsiyeyle ilaç kullandığını bildirmiştir.<sup>99</sup> Gamze Arat'ın 478 kişi ile yaptığı katılımcıların yarısının kendisini ilaç istenen komşu olarak tanımladığını bildirmiştir.<sup>122</sup> Aydın Adnan Menderes Üniversitesi yaşlı bireylerde akılcı ilaç kullanım bilgisi ile ilgili 440 katılımcılı bir çalışmada komşu veya bir yakının tavsiye ettiği ilacı alma oranı %7,3 olarak bildirilmiştir.<sup>103</sup> Mevcut çalışmamızda ise, çalışmaya dahil olan bireylerden reçetesiz ilaç kullananların %11,1'inin komşu/arkadaş tavsiyesi ile ilaç kullandığı saptanmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yapılan bir çalışmada reçetesiz ilaç alanlar sıklık sırasına göre eczacının tavsiyesi ile, kendi tercihleriyle, arkadaş ve akrabalarının önerisiyle, bir hemşirenin tavsiyesiyle ilaç aldıklarını bildirmiştir.<sup>126</sup> Çalışmamızda reçetesiz ilaç kullananların sayısının fazla olması ile beraber literatürde yer alan birçok araştırmaya göre daha az komşu/arkadaş tavsiyesi ile ilaç kullanıldığı saptanmıştır. Bu açıdan değerlendirildiğinde bizim çalışmamızda, reçetesiz ilaç kullanan bireylerin çoğunlukla (%86,7) ilacı eczacıdan aldığı görülmüştür.

**Reçetesiz kullanılan ilaçlar:** Bizim çalışmamızda, çalışmaya katılan katılımcıların en sık kullanıldığı reçetesiz ilaçların sırasıyla; ağrı kesici hap(% 86,0), grip ilacı (%35,4), ağrı kesici krem (%31,4), kas gevşetici hap (% 23,2), takviyeler (% 14,0), ve antibiyotik (% 2,2) olduğu görülmüştür. Edirne il merkezinde bulunan 19 aile sağlığı merkezine başvuran 6133 katılımcının değerlendirildiği bir araştırmada, %88,5'inin ağrı kesiciler, %51,5'inin soğuk algınlığı ilaçlarını, %12,7'sinin ise vitaminleri en çok kullandıkları bildirilmiştir.<sup>95</sup> Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde akılcı ilaç kullanım bilgi ve davranışı ile ilgili dahiliye ve cerrahi kliniklerinde 440 kişi ile yürütülen çalışmada , hekime muayene olmadan reçetesiz ilaç kullanan yaşlı bireylerin en çok ağrı kesici aldığı ve bunu sırasıyla soğuk algınlığı ve kas gevşetici ilaçların takip ettiği bildirilmiştir.<sup>103</sup> Uçman ve ark. çalışmasında en sık kullanılan reçetesiz ilaçlar analjezikler (%98.6), vitaminler (%33.7), ve soğuk algınlığı ilaçlarıdır (%29.8).<sup>48</sup> Beggi ve ark. tarafından Antalya'da devlet hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran 400 katılımcı ile yürütülen çalışmada evde en çok bulundurulanan ilacın ağrı kesiciler olduğu tespit edilmiştir.<sup>44</sup>

Adana’da 18 yaş üzeri 1111 kişinin ilaç kullanım alışkanlıkları incelenmiş ve katılımcıların evde bulunsun diye %94,4 oranında ağrı kesici reçete yazdırdıkları görülmüştür.<sup>105</sup> Ürdün’de öğrenciler arasında kendi kendine ilaç kullanma ile ilgili 504 kişi ile yürütülen bir çalışmada kendi kendine ilaç kullanım oranının yüksek olduğu ve en fazla ağrı kesicilerin kullanıldığı bildirilmiştir.<sup>123</sup> Irak’ta altı özel eczanenin katıldığı kesitsel bir araştırmaya yaşları 30-60 arası değişen 348 birey dahil edilmiş ve bu bireylerde en çok kullanılan reçetesiz ilaçların sırasıyla; antibiyotikler, parasetamol, antihistaminikler olduğu görülmüştür.<sup>102</sup> Latin Amerika’da eczanelerde kendi kendine ilaç kullanan 8597 katılımcı ile yürütülen çalışmada çoğunlukla ağrı kesici grubunun alındığı bildirilmiştir.<sup>124</sup> Yalnızca ülkemizde olmamakla beraber dünya genelinde de reçetesiz ve herhangi bir sağlık personeline başvurulmadan kullanılan ilaç oranlarının oldukça fazla olduğu görülmektedir.

**Evde ilaç bulundurma:** Son kullanma tarihi geçmiş veya tedavi için ihtiyaç duyulmayan bir ilacın evde bulunması akılcı olmayan ilaç kullanımına örnek olarak gösterilebilir. Bizim araştırmamızda bireylerin %75,3’ünün evlerinde hiç kullanılmamış ya da yarım kullanılmış ilaç olduğu görülmüştür. İnce’nin Kastamonu ili Taşköprü ilçesinde ASM’lerde yaptığı araştırmada, tedavi harici evde ilaç bulunduranların oranının %32,7 olduğu ve akılcı ilaç kullanımı düzeyinin yüksek olduğu bireylerde evde yedek ilaç bulunma oranının düşük olduğu görülmüştür.<sup>92</sup> Büyükturan ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptıkları bir araştırmada, bireylerin %35,2’sinin tedavi harici evde bulunsun diye reçete yazdırdıkları bildirilmiştir.<sup>104</sup> Afyon Kocatepe Üni. Özdiñ S. ve ark. 2015 yılında 419 katılımcı ile yaptığı akılcı ilaç kullanımı hakkındaki çalışmada katılımcıların %72 oranında evde ilaç sakladığı saptanmıştır.<sup>136</sup> Emik’in 2018 yılında yaptığı araştırmada ise bireylerin %38,2’sinin tedavi bitiminde artmış ilaçları sakladıkları tespit edilmiştir.<sup>93</sup> Beggi B. ve ark. Antalya aile hekimliği polikliniğinde akılcı ilaç kullanımı hakkında 400 hasta ile yürütülen çalışmada katılımcıların %84,25’inin gerekli olabileceğini düşünerek evde reçetesiz ilaç bulundurduğu ayrıca evlilerin, sosyal güvencesi olmayan kişilerin ve aktif olarak çalışan kişilerin daha fazla evde bulunan ilaçları kullandıkları bildirilmiştir.<sup>44</sup> Bir diğerk araştırmada, Adana’da 18 yaş üzeri 1111 kişinin ilaç kullanım alışkanlıkları incelenmiş ve bireylerin %28,9’unun evde bulunsun diye reçete yazdırdıkları görülmüştür.<sup>105</sup> Coşkun ve ark. Batı Karadeniz Bölgesinde Düzce ilinde bir üniversite hastanesine başvuran 186 kişiyle yürüttükleri

çalışmada katılımcıların %61,3'ünün evinde kullanılmayan ilaç olduğu, %73,5'inin ilaçlarını çöpe atarak imha ettikleri bilgisine ulaşılmıştır.<sup>131</sup> Yılmaz ve Çıtıl'ın araştırmasında katılımcıların %75,7'sinin gerekli olabileceği düşüncesiyle evde ilaç bulundurdıkları, %28,3'ünün kullanılmayan ilaçları attığı, ilaçları atma oranının 40 yaş altındaki bireylerde, üniversite mezunu olanlarda ve ilçe merkezinde yaşayanlarda daha fazla olduğu saptanmıştır.<sup>130</sup> Akılcı ilaç kullanımında en önemli basamaklardan birisi de tedavi harici ilaçların evde bulundurulmasının önüne geçilmesidir. Bu sorunun önüne geçilmesi ile reçetesiz ilaç kullanım oranlarının düşeceği ve bireylerde akılcı ilaç kullanım oranının artacağı düşünülmektedir.

**Hekimin verdiği ilaçları kullanma şekli:** Araştırmamızda, katılımcıların %37,7'sinin ilaçları hekim veya eczanenin önerdiği süre kadar kullandığı, %27,7'sinin ilaç bitene kadar kullandığı, %34,6'sının ise şikâyeti geçene kadar kullandığı belirlenmiştir. Uçman ve ark. çalışmasında 18-65 yaş arasındaki erişkinlerin %43,2'sinin reçete edilen ilacı önerilen süreden önce bıraktıkları saptanmıştır.<sup>48</sup> Bakımlı'nın 2023 yılında yaptığı çalışmada hekimin vermiş olduğu ilacı kullanma süresi ile akılcı ilaç kullanımı ölçeği puan ortalaması arasında anlamlı farklılık görülmemiştir.<sup>103</sup> Kılıç'ın 2020 yılında yaptığı çalışmada ise hekimin önerdiği süreden önce ilacı bırakanların akılcı ilaç kullanım bilgisinin yetersiz olduğu bildirilmiştir.<sup>90</sup> Bizim araştırmamızda ise, hekimin vermiş olduğu ilaçları kullanma süresi ile akılcı ilaç kullanım bilgi düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve ilaç bitene kadar ve şikâyeti geçene kadar kullananların akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu açıdan çalışmamız, Kılıç'ın yaptığı çalışmayı destekler niteliktedir. İlaçların akılcı kullanımı ile ilgili yapılan eğitimlerde hekime başvurmadan ya da birilerinin tavsiyesi ile ilaç kullanmamaları konusunda bireylere gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır.

Yaşları 18-88 arası değişen aile hekimliği polikliniğine başvuran 400 kişi ile yapılan bir çalışmada bireylerin ilaç kullanımları değerlendirilmiş ve bireylerin %14,5'inin ilaç kullanımlarının düzensiz olduğu, %60,25'inin ilaçları doktor önerisine uygun kullandığı, %25,25'inin şikâyeti geçene kadar ilaç kullandığı bildirilmiştir.<sup>44</sup> Hatipoğlu ve arkadaşının 2016 yılında Manisa'da 18 yaş üzeri 550 katılımcı ile gerçekleştirdiği çalışmasında, bireylerin %70,5'inin hekimin önerdiği süreden önce ilaç kullanımını bıraktıkları görülmüştür.<sup>107</sup> Yılmaz ve Çıtıl'ın üniversite hastanesi

polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üzerindeki 300 gönüllü ile yürüttükleri çalışmalarında hastaların %52,3'ünün verilen ilacı hekimin önerdiği süre kadar kullandıkları saptanmıştır.<sup>130</sup> Brezilya'da Filho ve arkadaşlarının 2018 yılında 50 yaş ve üzeri 6014 kişi ile yaptıkları araştırmada ise, katılımcıların %10,6'sının hekimin önerdiği süreden önce ilacı kullanmayı bıraktıkları görülmüştür.<sup>106</sup> Dünya'da ve ülkemizde yapılan farklı çalışmalarda, bireylerin ilaç kullanımlarının azımsanmayacak oranda hekimin önerdiği süreden önce kullanımını bıraktıkları görülmüştür. Bu durumun, toplumlar arası eğitimin ve sağlık hizmetlerine erişimin farklılık göstermesinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Mevcut araştırmamıza dahil edilen katılımcıların %22,16'sında şiddetli anksiyete riski görülürken, %10,25'sinde anksiyete olmadığı görülmüştür. Depresyon risk düzeylerine bakıldığında % 19,39'unda risk görülmezken, %80,61'inde ise değişen derecelerde depresyon riski olduğu görüldü. İnönü üniversitesi 2019 yılında diyabet hastası olan 200 katılımcı ile yapılan bir çalışmada hastaların %32'sinin anksiyeteden eşik üstü puan aldıkları belirlenmiştir.<sup>135</sup>

GATA'da 2012 yılında 52 katılımcı ile yapılan hipertansiyon tedavisi gören hastalarda depresyon ve anksiyete sıklığı ve kullanılan antihipertansif ilaçlarla ilişkisinin değerlendirildiği bir araştırmada, katılımcıların %7,7'sinde şiddetli anksiyete görülürken, %38,5'inin anksiyetesinin olmadığı tespit edilmiştir. Depresyon bulguları değerlendirildiğinde ise katılımcıların %3'ünün şiddetli depresyon bulgusu olduğu ve %56,5'inin minimal depresyon bulgusu olduğu saptanmıştır.<sup>110</sup> İstanbul ili Üsküdar ilçesinde aile hekimliğine kayıtlı altı aydan uzun süredir antidepresan kullanan 54 katılımcının %18'inin şiddetli anksiyetesi olduğu ve %64,8'inin düşük düzeyde anksiyetesi olduğu saptanmıştır. Aynı araştırmada katılımcıların %7'sinde şiddetli depresyon bulgusu olduğu, %52'sinde ise depresyon bulgularına rastlanmadığı görülmüştür.<sup>111</sup>

Yaşama ortamı ile anksiyete ve depresyon ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Karabiber M. ve ark. Tarafından Giresun EAH de 2023 yılında 76 katılımcı ile yapılan bir araştırmada anksiyete ve depresyon ölçek puanları ile sigara kullanımı arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir.<sup>113</sup> 2022 yılında Diyarbakır'da Emrah Bozan'ın 200 katılımcılı çalışmasında yer alan bireylerin sigara kullanım



durumu ile anksiyete ve depresyon skalası arasında anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür.<sup>114</sup> Sigara kullanma durumu ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki farkın da değerlendirildiği bir araştırmada da, sigara kullanan kişilerin kullanmayan kişilere göre akılcı ilaç kullanımı açısından istatistiki olarak anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.<sup>92</sup> Bizim çalışmamızda da literatür ile benzer şekilde sigara kullanımı ile anksiyete ve depresyon ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı ve literatürden farklı olarak ise sigara kullananların, kullanmayanlara göre akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin düşük olduğu saptanmıştır.

2022 yılında Diyarbakır'da Emrah Bozan'ın 200 katılımcılı çalışmasında yer alan bireylerin medeni durumu ile anksiyete ve depresyon skalası arasında anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür.<sup>114</sup> Gök ve Hergül tarafından Pamukkale Üniversitesinde cerrahi kliniklerinde 2020 yılında 774 katılımcılı çalışmasında hastaların medeni durumları ile anksiyete depresyon durumları arasında anlamlı farklılık saptanmadı.<sup>112</sup>

Bizim çalışmamızda da literatür ile benzer şekilde medeni durum ile anksiyete ve depresyon ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptanmıştır.

Hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerine bakılan bir araştırmada, kadın ve erkek katılımcılarda depresyon düzeyleri açısından farklılık olmadığı, anksiyete düzeylerinin ise kadınlarda daha yüksek olduğu (%45,5) bildirilmiştir.<sup>115</sup> Pakistan'da hastanede yatan hastaların dahil edildiği 2019 yılında yapılan bir araştırmada şiddetli anksiyete görülme oranının kadınlarda %68,5, erkeklerde %53,3 olduğu belirlenmiştir. Yine aynı araştırmada erkek hastalara göre kadın hastalarda depresyon görülme sıklığının daha fazla olduğu saptanmıştır.<sup>116</sup> Mevcut araştırmamızda da cinsiyet değişkeni açısından anksiyete ve depresyon ölçek puanlarında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmüştür.

Gök ve Hergül tarafından Pamukkale Üniversitesinde 2020 yılında cerrahi kliniklerinde yatan 774 hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bir araştırmada hastaların artan yaş ile birlikte anksiyete ve depresyon ölçek puanlarının arttığı görülmüş bu artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir.<sup>112</sup> Karabiber M. ve ark. Tarafından Giresun EAH de 2023 yılında 76 katılımcıyla koroner arter bypass greft ameliyatı olacak hastaların

anksiyete ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmada yaş değişkeni ile ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.<sup>113</sup>

Mevcut araştırmamızda ise, literatür ile benzer şekilde katılımcıların yaşları ile anksiyete ve depresyon ölçek puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Sosyal güvencesi olan katılımcıların anksiyete düzeylerinin, sosyal güvencesi olmayanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilirken; akılcı ilaç kullanımı ve depresyon ölçek puanları ile sosyal güvence değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı. Karabiber M. ve ark. Tarafından Giresun EAH de 2023 yılında 76 katılımcıyla koroner arter bypass greft ameliyatı olacak hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmada sosyal güvence değişkeni ile anksiyete depresyon ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.<sup>113</sup>

Katılımcıların eğitim durumu ile depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı. Anksiyete ölçek puanları ile eğitim durumu arasında ise anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi. Karabiber M. ve ark. Tarafından Giresun EAH de 2023 yılında 76 katılımcıyla koroner arter bypass greft ameliyatı olacak hastaların anksiyete ve depresyon düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla yapılan araştırmada eğitim durumu arttıkça anksiyete puanlarının düştüğü saptanıp ,depresyon ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.<sup>113</sup>2022 yılında Diyarbakırda Emrah Bozan'ın 200 katılımcılı çalışmasında yer alan bireylerin eğitim durumu ile ölçek puanları arasında anlamlı fark saptanmamıştır.<sup>114</sup>

Yaşama ortamı ile anksiyete ve depresyon ölçek puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı.

Aylık toplam gelir değişkeni ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırmaya katılan bireylerin, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile bir sağlık kuruluşuna başvurma sıklığı ile aralarında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir.

Kronik hastalıkların varlığında, hastalığa ve kişiye özgü durumlar tedavinin başarısını ve tedaviye uyumu etkilemektedir. Süregelen bir kronik hastalık varlığında

düzenli ilaç kullanımı ile hastaların tedavi sürecinde yaşadığı zorluklar sonucu akılcı ilaç kullanımı ilkeleri uygulanmasında hatalar görülebilmektedir. Tokat ilinde yetişkinlerde yapılan bir araştırmada, kronik hastalığı olan ve olmayan katılımcıların Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.<sup>21</sup> Erişkinlerde yapılan başka bir çalışmada ise, kronik hastalığı olmayan erişkinlerin kronik hastalığı olan erişkinlere göre Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği toplamından aldıkları puanların göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>91</sup> Orta Karadeniz Bölgesi'nde yer alan bir ilin üniversite hastanesine başvuran 162 yaşlı hasta ile yapılan bir araştırmada kronik hastalığı olanların hastane depresyon anksiyete ölçek puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür.<sup>118</sup> Kronik hastalık varlığında; kendine yetememe, hastalık ilişkili belirsizliklerin olması gibi durumlar nedeniyle bireylerin anksiyete ve depresyon düzeylerinde artış görülebilir. Bizim çalışmamızda da, ek hastalığı olan katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken, akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu açıdan çalışmamız literatür ile benzerlik göstermemektedir.

### **5.3. AİK ve Anksiyete Depresyon**

Çalışmamızdaki katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu belirlendi. Katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ise pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki olduğu saptandı.

Kronik hastalığı olan bireylerin AİK toplam puan ortalamaları ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Kronik hastalığı olmayan bireylerin AİK puan ortalamalarının Sağlık Anksiyetesi Ölçeği puan ortalamaları ile negatif yönde çok zayıf bir ilişkisi olduğu bulundu.<sup>111</sup>

Karabük Toplum Sağlığı Merkezi Sigara Bırakma Polikliniğine başvuran 278 kişi ile yürütülen çalışmada bireylerin ölüm kaygı düzeyinin, akılcı ilaç kullanım düzeyini orta düzeyde etkilediği ortaya konulmuştur. Ölüm kaygısı arttıkça, akılcı ilaç kullanımının

azalmakta olduğu bildirilmiştir..<sup>134</sup> Tüm bu faktörler birbirini besleyen kısır döngüler oluşturmakta ve bireyin öğrenme kapasitesini azaltıp sağlıklı yaşam davranışlarını olumsuz etkilemektedir. Başlangıçta anksiyete algılanan bir problemle baş edilebilmesi için pozitif etki yaratabilirken sonrasında yapıcı olmayan bir sürece de yol açabilmektedir.<sup>127,129</sup> İlaç prospektüslerini inceleyerek aşırı kaygı nedeniyle tedaviyi terk etme ya da yarım bırakma da AİK düzeylerini etkileyecek etmenlerdendir.<sup>132</sup> İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Gerontoloji Bölümünden Elkin'in çalışmasında ilaçların yan etkiye sebep olacağı kaygısı,depresyon ve stres gibi kişinin öz bakımını yerine getirmesini engelleyici durumların tedaviye uyumu etkileyen etmenler olduğunu bildirmiştir. Tedavi uyumunun bozulmasıyla akılcı olmayan ilaç kullanımı meydana gelmektedir.<sup>130</sup> Ağdemir B.tarafından 2017 yılında KOAH tanılı hastalarda öz-etkililik ve depresyon durumlarının araştırıldığı 204 katılımcılı araştırmada katılımcıların % 77.0'sinde depresyon riski olup bu durumun saptanması katılımcıların emosyonel durumunu iyileştirme ve sağlık bakımı kullanımını azaltmak için kıymetlidir.<sup>138</sup>

Birinci basamakta aile hekimi kişinin başvurusunda ilk temas noktasıdır.Herkese açık bir erişim sağlamakta ve tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenmektedir. Aile hekiminin temel hedeflerinden birisi hastaları fiziksel ve psikolojik olarak birlikte değerlendirip, hastanın tanı ve tedavisini daha hızlı ve doğru bir şekilde yapmak, hastanın günlük olağan yaşantısına dönmesini ve sağlık kaynaklarının daha verimli kullanılmasını sağlamaktır. Akılcı ilaç kullanımı günümüzde giderek önem kazanan bir konudur. Her alanda olduğu gibi AİK konusunda da bilimsel veriler temel alınmalıdır. Wonca ağacının köklerini tutum,bilim ve bağlam oluşturmaktadır. Bilimsel verilere dayanarak tanılar mümkün olduğunca daraltılmalı ve gereksiz ilaç kullanılmamalıdır. Aile hekimi ,aile hekimliği disiplini çekirdek yeterliliklerinden olan kişi merkezli bakımın bir parçası olan hastanın gereksinimleriyle belirlenmiş sağlık bakımının zaman içindeki sürekliliğini sağlama; süre giden ve koordine bir sağlık bakımı yönetimi görevini de akılcı ilaç kullanımında hastayı doğumdan lme takip edebilmesi ve genel ilaç kullanma davranışlarını diğer hekimlere oranla daha sık görebilmesi nedeniyle hastaya daha hakim olmasını fırsata evirebilmelidir.

Hastalarla yapılan her görüşmeyi onları bilinçlendirmek için bir fırsat olarak görmelidir. Yanlış ve gereksiz ilaç kullanımı hem bireylerin hem ülkenin ekonomisine zarar vermesi ,yanlış antibiyotik kullanımının toplumda antibiyotik direncini artırması sebebiyle sadece bireylerin değil toplumun da sağlığından sorumlu olan aile hekimlerine bu konuda büyük görevler düşmektedir. Anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıkların olması hem yaşam kalitesini düşürmekte hem de ekonomik kayıplara neden olmaktadır.

Birinci basamakta tedavi edilmeden psikiyatriste veya psikoloğa gitmesi önerisinde bulunulan her beş hastadan yalnızca birinin bu öneriyi dikkate aldığı gözlemlenmiştir.

139

Aile hekimi aile hekimliği disiplininin çekirdek yeterliliklerinden olan birinci basamak yönetiminde anksiyete ve depresyon hastaları için bakımın koordinasyonunu sağlamak ve gerektiğinde hastanın savunmanlığını yaparak diğer uzmanların sunduğu hizmetlerle teması yönetebilmelidir. Ayrışmamış organize olmamış rahatsızlıkla başvuranlara tanı koyarken insidansa ve prevalansa dayalı karar verebilmelidir. Depresyonlarını ve anksiyetelerini somatize ederek bedensel şikayetler biçiminde yaşayan hastaları tanımalı onları gereksiz tarama, test ve girişimlerden korumalıdır. Buna bağlı oluşan akılcı olmayan ilaç kullanımlarının önüne geçmelidir. Ayrıca kişi merkezli bakımda hastanın güçlendirilmesine uygun olarak hastanın kendi hastalığının yönetiminde eğitilip tedavinin içine aktif olarak dahil edilmesini sağlamalıdır. Çekirdek yeterliliklerimizden biri olan kapsamlı yaklaşım birden fazla fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarını aile, yaşam olayları ve çevre ilişkisi içinde belli bir sürede eşzamanlı olarak önleme ve yönetmedir. Bireyin hem akut hem de kronik sorunlarını aynı anda yönetebilmeli ve bu bütünlük çerçevesinde sağlık ve iyilik halini teşvik etmelidir.

#### **5.4. Çalışmamızın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları**

Çalışmamızın güçlü yönleri araştırmanın birinci basamağa başvuran hastalarla yürütülmesi ve anketlerin araştırmacı tarafından yüz yüze doldurulmasıdır. Aynı

zamanda çalışmamızla eğitim aile sağlığı merkezimize başvuran hastaların genel bir profili çizilmiş olup sonraki çalışmalarda bu veriler yol gösterici olabilir.

Literatürde akılcı ilaç kullanımı ve anksiyete depresyon ile ilgili birinci basamakta yapılan çalışma sayısı azdır ve mevcut çalışmaların büyük çoğunluğu konuya tek bir taraftan bakarak yürütülmüştür. Çalışmamızın akılcı ilaç kullanımı taraflarından sadece hekimler tarafından değil hastalar bakımından değerlendirilmesi ayrıca katılımcıların biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden değerlendirilmesi yine güçlü yönlerinden sayılabilir. Bu farklılıkları ortaya koyabilecek farklı tasarımlı ileri çalışmalar yapılabilir. HADS bir tarama testi olup, katılımcılarımıza uyguladığımızda depresyon açısından risk düzeyi yüksek saptanan kişilerin psikiyatri uzmanına yönlendirilmesinin hem tedavi hem de hizmet anlamında çalışmamıza katkı sağladığı söylenebilir ve bu durum çalışmamızın güçlü yönlerinden sayılabilir.

Çalışma sadece iki birime başvuran katılımcılarla yapıldığı için sonuçlar tüm topluma genellenemez, bu nedenle daha geniş örneklemli çok merkezli çalışmalar yapılarak literatüre katkı sağlanabilir. Aynı zamanda çalışmaya dahil olan birimlerde kadın erkek nüfusu yaklaşık aynı oranda olmasına rağmen kadınların ASM'ye başvuru sıklığı nedeniyle katılımcıların cinsiyeti çoğunlukla kadındı. Bunun önüne geçmek için çalışmaya eşit oranda katılımcı alınabilirdi.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran yetişkin hastalarda akılcı ilaç kullanımı ve ilişkili faktörlerin araştırılması amacıyla yürütülen çalışmaya 361 yetişkin birey dahil edilmiştir. Çalışmaya dahil edilen katılımcıların %73,96'sının (n=267) akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi düzeylerinin yeterli olduğu görülmüştür. Çalışmamızda yer alan 75 katılımcının akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin düşük olması da göz ardı edilmemelidir. Araştırmamızın sonuçlarına göre;

- Katılımcıların %63,7'sinin kadın olduğu, yaş ortalamasının  $33,6 \pm 11,6$  yıl olduğu, %54,8'inin evli olduğu, %46,5'inin lisans/lisansüstü öğrenim mezunu olduğu saptanmıştır.
- Katılımcıların ne sıklıkla bir sağlık kuruluşuna başvurdıkları incelendiğinde en sık şikayetlerinin oldukça sağlık kuruluşlarına başvurdıkları belirlenirken; genel örnekleme son 6 ay içinde herhangi bir sağlık kuruluşuna başvurma sayılarının ortalama  $3,34 \pm 3,1$  olduğu tespit edildi.
- Sağlık kuruluşuna başvurma nedenleri incelendiğinde, en sık muayene olmak, ardından ilaç yazdırmak ve rapor almak için başvurdıkları tespit edildi.
- Katılımcıların yaklaşık üçte birinde herhangi bir ek hastalık olduğu tespit edilirken; en sık rastlanan ek hastalıklar sırasıyla DM, DM ve HT birlikteliği ve tiroid hastalıkları idi.
- Katılımcıların % 75,1'i reçetesiz ilaç kullanırken, en sık kullanılan reçetesiz ilaçların sırasıyla analjezik tablet/kapsül, grip ilacı, analjezik krem, kas gevşetici, gıda ve vitamin takviyeleri ve antibiyotik olduğu görüldü.
- Reçetesiz ilaç kullanan bireylerin %86,7'ı eczaneden, ardından sıklık sırasına göre) komşu/akrabadan ve internetten temin ettiği tespit edildi.
- Katılımcıların yaklaşık dörtte birinin evlerinde hiç kullanılmamış ya da yarım kullanılmış ilaç olmadığı tespit edilirken yaklaşık yarısında evde 1-5 kutu ilaç olduğu saptandı.
- Katılımcıların % 37,7'si ilaçları hekim veya eczanenin önerdiği süre kadar kullanmaktayken % 34,6 şikayeti geçene kadar, % 27,7'si ise ilaç bitene kadar kullandığını ifade etti.
- Katılımcıların %70'i ilaçları iyileştiği için bırakmaktaydı.

- Antibiyotik kullananların yarısından fazlasının ilacını hekimin önerdiği şekilde tamamladığı tespit edildi.
- Lise mezunu olanların lisans ve üstü mezunu olan katılımcılara göre daha düşük akılcı ilaç kullanımına sahip olduğu görüldü.
- Gelirleri giderlerinden fazla olan katılımcıların, gelirleri giderlerinden az olan katılımcılara göre akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.
- Aileleri ile birlikte yaşayan katılımcıların, diğer bireyler ile yaşayan katılımcılara göre akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin düşük olduğu belirlendi.
- Sigara kullananların, kullanmayanlara göre akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin düşük olduğu saptandı.
- Reçetesiz ilaç kullanan katılımcıların akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin daha düşük olduğu saptandı.
- Katılımcıların anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında ise pozitif yönlü kuvvetli bir ilişki olduğu saptandı.
- Katılımcıların yaşları ile anksiyete ve depresyon ölçek puanları arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki olduğu belirlendi.
- Akılcı ilaç kullanımı ve anksiyete ölçek puanları ile eğitim durumu arasında anlamlı bir farklılık olduğu tespit edildi.
- Akılcı ilaç kullanımı ve depresyon ölçek puanları ile sosyal güvence değişkeni arasında anlamlı bir farklılık olmadığı saptandı.
- Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı bilgi düzeyleri ile anksiyete ve depresyon düzeyleri arasında pozitif yönlü orta düzey bir ilişki olduğu belirlendi.

Sonuç olarak toplum tarafından akılcı ilaç kullanım ilkelerinin istenen düzeyde uygulanmadığı söylenebilir. Akılcı ilaç kullanımı konusunda düzenlenecek eğitimlerde sosyal medya kanallarının daha aktif kullanılması, reçetesiz ilaç kullanımlarının önüne geçilmesi, ilaç israfının önlenmesi gibi konularda olumlu stratejilerin geliştirilmesi, birinci basamak sağlık kuruluşundaki hekimlerin topluma ilaç kullanımı hakkında daha fazla eğitim ve danışmanlık hizmeti vermesi, akılcı ilaç kullanımı ilkeleri hakkında sağlık



alışanlarının eğitimi ve bu konuda yapılacak çalışmaların sürdürülmesi önerilmektedir. Bu doğrultuda, akılcı ilaç kullanım ilkelerinin hekim, eczacı, devlet, sivil toplum kuruluşları gibi birçok paydaşın beraberliğinde yürütülmesi gerektiği unutulmamalıdır. Eczanelerde hastaların reçetesiz ilaç alımlarının kaydının tutulması ve buna yönelik hasta eğitimlerinin planlanması önerilebilir.

Bu bağlamda, erişkinlerin sağlık problemlerini olması gerektiği gibi sağlık hizmeti veren kuruluşlarından yardım alarak gidermesi ile olumsuz sonuçların ortaya çıkmasının engellenebileceği düşünülebilir. Bu nedenle, mevcut olumsuzlukların düzeltilebilmesi için sağlık kuruluşlarının dışında toplumda farkındalık yaratması açısından okul, televizyon, sosyal medya ve toplu ulaşım araçları vb. yerlerde akılcı ilaç kullanımı hakkında eğitici içeriğe sahip bilgilendirmeler yapılmalıdır. Akılcı ilaç kullanımının tüm taraflarına destek olmaya çalışırken çoğunlukla ilaçları kullanan tarafın kaygılı kişilik yapısı veya psikolojik etmenler gibi bireysel farklılık faktörleri araştıran araştırmacıların dikkatini çok az çekmektedir. Literatürde bu konu ile ilgili çalışmaların sayısı artırılmalı ve akılcı olmayan ilaç kullanımının her yönüyle önüne geçilmelidir.

## 7. KAYNAKLAR

1. **Gomes VP, Silva MT, Galvão TF.** Prevalence of medicine use among Brazilian adults: A systematic review. İçinde *Ciencia e Saude Coletiva* **2017**; 22(8): 2615-2626.
2. **Türk S.** Akılcı İlaç Kullanımı. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, **2018**; 9(33):33-41.
3. **De Vries TPGM, Henning R, Hogerzeil HV, Fresle DA.** *WHO Action Programme on Essential Drugs*. **1994**, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59001>.
4. **Aitken M, Kleinrock M, Simorellis A, Nass D.** *The Global Use of Medicine in 2019 and Outlook to 2023: Forecasts and Areas to Watch*. **2019**, <https://www.iqvia.com/insights/the-iqvia-institute/reports/the-global-use-of-medicine-in-2019-and-outlook-to-2023>
5. **World Health Organization.** *WHO Policy Perspectives on Medicines-Promoting rational use of medicines: core components WHO Policy Perspectives on Medicines*. **2002**, <http://www.msh.org/>.
6. **Yılmaztürk A.** Türkiye’de ve Dünyada Akılcı İlaç Kullanımı. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, **2013**; 2(2):42-49, <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iibfdkastamonu/issue/29239/313067>.
7. **Hogerzeil H.** Promoting rational prescribing: an international perspective. *British Journal of Clinical Pharmacology*, **1995**; 39(1):1.
8. **Milani B, Scholten W.** *The World Medicines Situation 2011 Access to Controlled Medicines*, **2011**.
9. **Ofori-Asenso R, Agyeman A.** Irrational Use of Medicines-A Summary of Key Concepts. *Pharmacy (Basel, Switzerland)*, **2016**; 4(4):35.
10. **Wagner AK, Quick JD, Ross-Degnan D.** Quality use of medicines within universal health coverage: Challenges and opportunities. *BMC Health Services Research*, **2014**; 14(1):1-6.
11. **Mao W, Vu H, Xie Z, Chen W, Tang S.** Systematic Review on Irrational Use of Medicines in China and Vietnam. *PLOS ONE*, **2015**; 10(3):117710.
12. **Geçmişten Günümüze İlacın Tarihsel Serüveni.** **2022**. [https://www.matematiksel.org/ilacin-tarihsel-seruveni/#google\\_vignette](https://www.matematiksel.org/ilacin-tarihsel-seruveni/#google_vignette)

13. Farmakoloji Derneği E-Bülteni. **2016.** *İlaç Keşfi Çalışmalarının Tarihsel Gelişimi: Sistem Farmakolojisinin Yükselişi.* www.tfd.org.tr/bulten
14. **Özdemir A, Altıntop MD, Kaplancıklı ZA, Can ÖD, Can NÖ, Demir Özkay Ü, Özkay Y, Demirci F.** *İlaç Bilgisi ve Akılcı İlaç Kullanımı*, **2018.**
15. **World Health Organization.** *Report of the WHO Expert Committee on Selection and Use of Essential Medicines, 2021 (including the 22nd WHO Model List of Essential Medicines and the 8th WHO Model List of Essential Medicines for Children) The Selection and Use of Essential Medicines The Selection and Use of Essential Medicines WHO Technical Report Series., 2021.* <http://apps.who.int/bookorders>.
16. **Aktay G, Hancı İH, Balseven A.** *İlaç Etkileşimleri ve Hekim Sorumluluğu. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, **2003**; 12(7):261-264.
17. **Kayaalp O.** *Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji* (12. baskı, C. 3). Pelikan Yayıncılık, **2009.**
18. *Titck - Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu.* (t.y.). Geliş tarihi 09 Eylül 2023, gönderen <https://www.titck.gov.tr/haber/akilci-ilac-kullanimi-ulusal-eylem-plani-2018-2022-calistayi-27122018172841>
19. **Aktaş H, Selvi H.** Erişkinlerde akılcı ilaç kullanımı farkındalık ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Mersin Üniv Sağlık Bilim Derg*, **2019**; 12(3):439-447.
20. *İlaç Etkisi ve İlaç Etki Mekanizmaları.* (t.y.).
21. **Şahin P.** *Yetişkinlerde Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeyi, Tokat Merkez Örneği*, **2020.**
22. **Nairobi C.** The rational use of drugs : report of the Conference of Experts, Nairobi, 25-29 November 1985. *Copenhagen, WHO regional Office for Europe.*, **1985.** <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37174>
23. **Özçelikay G.** Akılcı İlaç Kullanımı Üzerinde Bir Pilot Çalışma. *Ankara Ecz. Fak. Der*, **2001**; 30(2):9-18.
24. **Altındış S.** Akılcı İlaç Kullanımına Sistematik Bir Bakış. *J Biotechnol and Strategic Health Res.*, **2017**; 2:34-38.

25. **Eylül D, Burç D.** Akılcı İlaç Kullanımı: Yaygınlaştırılması ve Tıp Eğitiminin Rolü,. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, **2012**; 26(1):57-63.
26. **Kaplanlı ZA.** *Temel İlaç Bilgisi ve Akılcı İlaç Kullanımı*, **2018**.
27. **Akıcı A, Uzuner A.** *Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlere Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı* (G. Balint, B. Antala, C. Carty, J.-M. A. Mabieme, I. B. Amar, & A. Kaplanova, Ed.; Sayı 1). SGK Yayın No:111, **2013**.
28. **Aksoy M, Alkan A, İşli F.** Sağlık Bakanlığı'nın Akılcı İlaç Kullanımını Yaygınlaştırma Faaliyetleri. *Türkiye Klinikleri Pharmacology - Special Topics*, **2015**; 3(1):19-26.
29. **Toklu HZ.** Eczacılık Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri Pharmacology - Special Topics*, **2015**; 3(1):74-83.
30. **Toklu H, Dülger GA.** Akılcı ilaç kullanımı ve eczacının rolü. *Marmara Pharmaceutical Journal*, **2014**; 15(3):89-93.
31. **Akıcı A.** *Sosyal güvenlik kurumu çalışanlarının akılcı ilaç kullanımındaki etkin rolü ve farmakoekonomi*. SGK Yayın No: 113, **2013**.
32. **Basaran NF, Akıcı A.** Patients' experience and perspectives on the rational use of drugs in Turkey: a survey study. *Patient preference and adherence*, **2012**; 6:719-724.
33. *Promoting rational use of medicines : core components*. (t.y.). Geliş tarihi 10 Eylül 2023, gönderen <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67438>
34. **Özata M, Aslan Ş, Mete M.** Rasyonel İlaç Kullanımının Hasta Güvenliğine Etkileri: Hekimlerin Rasyonel İlaç Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, **2008**; 20:529-542.
35. **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? *The Annals of pharmacotherapy*, **2008**; 42(4):572-579.
36. **Demirtaş Z, Dağtekin G, Sağlan R, Alaiye M, Önsüz MF, Işıklı B, Kılıç FS, Metintaş S.** Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, **2018**; 3(3):37-46.

37. **Krähenbühl-Melcher A, Schlienger R, Lampert M, Haschke M, Drewe J, Krähenbühl S.** Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature. *Drug safety*, **2007**; 30(5):379-407.
38. **Alsulami Z, Conroy S, Choonara I.** Medication errors in the Middle East countries: a systematic review of the literature. *European journal of clinical pharmacology*, **2013**; 69(4):995-1008.
39. **Sema FD, Asres ED, Wubeshet BD.** Evaluation of Rational Use of Medicine Using WHO/INRUD Core Drug Use Indicators at Teda and Azezo Health Centers, Gondar Town, Northwest Ethiopia. *Integrated pharmacy research & practice*, **2021**; 10:51-63.
40. **Luiza VL, Mendes LVP, Oliveira MA, Tavares NUL, Bertoldi AD, Fontanella AT, Campos MR, et al.** Inappropriate use of medicines and associated factors in Brazil: an approach from a national household survey. *Health policy and planning*, **2019**; 34(3):27-35.
41. **Patel N, Desai M, Shah S, Patel P, Gandhi A.** A study of medication errors in a tertiary care hospital. *Perspectives in Clinical Research*, **2016**; 7(4):168.
42. **Yu M, Zhao G, Stålsby Lundborg C, Zhu Y, Zhao Q, Xu B.** Knowledge, attitudes, and practices of parents in rural China on the use of antibiotics in children: a cross-sectional study. *BMC infectious diseases*, **2014**; 14(1).
43. **Derg U, Bayram AH.** Akılcı İlaç Kullanımında Aile Hekiminin Rolü: Bitlis İlinde Bir Uygulama. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, **2018**; 4(3):212-226.
44. **Beggi B, Aşık Z.** Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Yönünden Değerlendirilmesi. *Ankara Med J*, **2019**; 19(1):251-260.
45. **Akıcı A, Kalaça S.** *Topluma Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı*, **2013**.
46. **Macit M, Karaman M, Parlak M.** Bireylerin Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, **2019**; 6(2):372-387.
47. **Öztürk H, Acar F.** Yükseköğretim Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Algı ve Tutumlarının Değerlendirilmesi: Bir Devlet Üniversitesi Örneği, **2021**. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/usaysad/issue/62190/930540>.
48. **Uçman T, Uysal N, Banü B.** Yetişkin Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, **2021**; 3(2):126-133.

49. **Bayer N, Uzuntarla Y.** *Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin akılcı ilaç kullanımı ve geleneksel tıp tutumlarının belirlenmesi*, **2022**. [https://www.researchgate.net/publication/359234072\\_Kronik\\_hastaligi\\_olan\\_yasli\\_bireylerin\\_akilci\\_ilac\\_kullanimi\\_ve\\_geleneksel\\_tip\\_tutumlarinin\\_belirlenmesi\\_-\\_Journal\\_of\\_Social\\_and\\_Analytical\\_Health](https://www.researchgate.net/publication/359234072_Kronik_hastaligi_olan_yasli_bireylerin_akilci_ilac_kullanimi_ve_geleneksel_tip_tutumlarinin_belirlenmesi_-_Journal_of_Social_and_Analytical_Health).
50. **Blázquez-Fernández C, González-Prieto N, Moreno-Mencia P, Blázquez-Fernández C, González-Prieto N, Moreno-Mencia P.** Estudios de Economía Aplicada Pharmaceutical Expenditure as a Determinant of Health Outcomes in EU Countries. *Estudios de Economía Aplicada*, **2013**; 31(2):379-396.
51. **Borger C, Smith S, Truffer C, Keehan S, Sisko A, Poisal J, Clemens MK.** Health spending projections through 2015: changes on the horizon. *Health affairs (Project Hope)*, **2006**; 25(2).
52. **Ahmadi F, Zarei E.** Prescribing patterns of rural family physicians: a study in Kermanshah Province, Iran. *BMC public health*, **2017**; 17(1).
53. *Spending on health: A global overview*. (t.y.). Geliş tarihi 06 Eylül 2023, gönderen <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/spending-on-health-a-global-overview>
54. **World Health Organization.** *The World Medicines Situation*, **2004**.
55. **Pınar N.** Ülkemizde İlaç Harcamaları. *Journal of Inonu University Medical Faculty*, **2012**; 19(1):59-65.
56. **Erol H, Özdemir A.** Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, **2014**; 4(1):9-34.
57. **Sanayi Bakanlığı Ticaret Bakanlığı.** *Türkiye İlaç Sektörü Strateji Belgesi ve Eylem Planı 2015-2018*, **2015**.
58. **Sağlık Bakanlığı.** *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019*. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, **2021**.
59. *Network organisation within WONCA Region Europe-ESGP/FM The European Definition OF General Practice/Family Medicine Short Version*. **2005**.
60. **Parchman ML, Burge SK.** *The patient-physician relationship, primary care attributes, and preventive services*. **2004**.

61. Akdağ R. *Aile Hekimliği Türkiye Modeli* (A. Sabahattin, Ed.). Mavi Ofset Yayıncılık, 2004.
62. Uzuner A. Aile Hekimliği Uygulamalarında Akılcı İlaç Kullanımı. *Türkiye Klinikleri Pharmacology - Special Topics*, 2015; 3(1):45-49.
63. Toklu HZ, Dülger GA. Rational drug use and the role of the pharmacist. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 2011; 15(3):89-93.
64. Bilge U, Ünlüoğlu İ. *Aile Hekimliğinde Akılcı İlaç Kullanımı*. TAHEV Yayınları, 2019. [https://www.researchgate.net/publication/333681629\\_Aile\\_Hekimliginde\\_Akilci\\_Ilac\\_Kullanimi](https://www.researchgate.net/publication/333681629_Aile_Hekimliginde_Akilci_Ilac_Kullanimi)
65. Nolen-Hoeksema S. *Abnormal Psychology*. McGraw Hill Higher Education, 2009.
66. Karamustafaloğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *The Medical Bulletin of Şişli Etfal Hospital*, 2011; 2(2):45.
67. Türkçapar H. Anksiyete Bozukluğu ve Depresyonun Tanısal İlişkileri. *Klinik Psikiyatri*, 2004; 4:12-16.
68. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 2005; 62(6):593-602.
69. Öztürk MO, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Nobel Tıp Kitabevleri, 2011.
70. Fischer WF. *Theories of Anxiety*. Harper & Row, 2002.
71. Moss D. *Psychological Perspectives Anxiety Disorders Identification and Intervention*, 2002.
72. Regier DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *Journal of psychiatric research*, 1990; 24(1):3-14.
73. Görv A, Helvacı Çelik F, Hocaoglu Ç.. Major Depresif Bozukluk' Tanımı, Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi: Bir Gözden Geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2016; 6(1):51-66.
74. Mathews CO. A review of behavioral theories of depression and a self-regulation model for depression. *Psychotherapy*, 1977; 14(1):79-86.

75. **Noble RE.** Depression in women. *Metabolism: Clinical and Experimental*, **2005**; 54(5):49-52.
76. **Hawton K, Salkovskis PM, Kirk J, Clark DM.** *Cognitive Behavioural Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford University Press, **1989**.
77. **Hagnell O, Lanke J, Rorsman B, Öjesjö L.** Are we entering an age of melancholy? Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: the Lundby Study, Sweden. *Psychological medicine*, **1982**; 12(2):279-289.
78. **Comer RJ.** *Abnormal Psychology*. Worth Publishers, **2013**.
79. **Rondón Bernard JE.** Depression: A Review of its Definition. *MOJ Addiction Medicine & Therapy*, **2018**; 5(1).
80. **Ruiloba V.** *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*, **2011**.
81. **Önsüz AM, Işık MF.** Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, **2018**; 3(3):37-46.
82. **Zigmond AS, Snaith RP.** The hospital anxiety and depression scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*, **1983**; 67(6):361-370.
83. **Aydemir Ö, Kirpınar I, Sati T, Uykur B, Cengiz C.** Reliability and Validity of the Turkish Version of the Health Anxiety Inventory. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, **2013**; 50(4):325.
84. **Kilic S.** Cronbach's alpha reliability coefficient. *Journal of Mood Disorders*, **2016**; 6(1):47.
85. **Abacıgil F, Gürsoy Turan S, Adana F, Okyay P, Demirci B.** Hastalarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkisi. **2019**; 20:64-73.
86. **Deniz S.** Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Tutum ve Davranışların Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, **2019**; 22(3):619-632.
87. **Cihangiroğlu N, Uğrak U, Uzuntarla Y, Teke A.** Kardiyoloji kliniğinde yatan hastaların akılcı ilaç kullanımı konusundaki tutumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2015**; 14(2):137-144.



88. Yeşildağ AY, Ağırbaş İ, Yılmaz G. Determination of the Rational Drug Use Awareness of University Students. *Hacettepe University Journal of the Faculty of Pharmacy*, **2022**; 42:1-12.
89. Adres Kayıt Sistemi (AKS). Geliş tarihi 21 Eylül 2023, gönderen <https://www.nvi.gov.tr/adres-kayit-sistemi>
90. Kılıç R. Denizli İli Pamukkale İlçesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Yetişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı. **2020**, <https://gcris.pau.edu.tr/handle/11499/35244>
91. Alpaydin M. Dahiliye Polikliniğine Başvuran Erişkinlerin Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi ve Tutumları İle Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, **2022**.
92. İnce Y. Kastamonu İlinin Taşköprü İlçesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Yetişkinlerin Akılcı İlaç Kullanımlarının Belirlenmesi, **2023**.
93. Emik KY. İstanbul'da Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuranlarda Akılcı İlaç Kullanımının Değerlendirilmesi, **2018**. <https://avesis.istanbul.edu.tr/yonetilen-tez/266c62b2-2fad-4107-9a5c-53a5e35e951e/istanbulda-bir-aile-sagligi-merkezine-basvuranlarda-akilci-ilac-kullaniminin-degerlendirilmesi>
94. Haney Öztürk M, Kudubeş AA. Determination of Medication Use Habits of Adults Living in Rural Area. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, **2017**; 11(4):213-220.
95. Nepesova G. Edirne İl Merkezinde Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların İlaç Kullanım Davranışlarının Araştırılması, **2015**.
96. Yılmaz I, Ersin F, Oguz E. The rational drug use of elderly individuals receiving home care service and the affecting factors., **2020**.
97. Mamo S, Ayele Y, Dechasa M. Self-Medication Practices among Community of Harar City and Its Surroundings, Eastern Ethiopia. *Journal of Pharmaceutics*, **2018**; 1-6.
98. Çakir YT, Sonbahar M, Can H, Kurnaz MA, Önder R. Drug Usage Habits and Multiple Drug Usage of Elderly Individuals in Nursing Homes. İçinde *Turkish Journal of Geriatrics* **2014**; 17(2).
99. Tarhan G, Uslu AU, Kavaklı O, Karagülle M, Ozgules B. Yaşlı Hastalarda Akılcı İlaç Kullanımı. *Osmangazi Tıp Dergisi*, **2020**; 42(2):130-139.

100. **Soner M, Ünal Z.** Kapadokya Bölgesi İl Merkezlerinde Yaşayanların İlaç Kullanım Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *Nevşehir Bilim ve Teknoloji Dergisi*, **2017**; 6(2):661-680.
101. **Ekenler Ş, Koçoğlu D.** Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımıyla İlgili Bilgi ve Uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, **2016**; 3(3):44-55.
102. **Jasim AL, Fadhil TA, Taher SS.** Self Medication Practice among Iraqi Patients in Baghdad City. *American Journal of Pharmacological Sciences*, **2014**; 2(1):18-23.
103. **Bakımlı İ.** Yaşlı Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı Davranışları ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi, **2023**.
104. **Büyükturan Ö, Büyükturan B.** Bir Grup Hasta ve Hasta Yakınlarının İlaç Kullanımı İle İlgili Tutum ve Davranışları. *Sakarya Tıp Dergisi*, **2018**; 7(4):211-216.
105. **Bozdemir N, Ünal İ, Karataş Y, Pınar N.** Adana İlindeki İnsanların İlaç Kullanım Alışkanlıkları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, **2013**; 12(6):639-650.
106. **Ignácio De Loyola A, Oliveira J, Firmo A, Vaz De Melo J, Viana S, Borges De Souza Junior PR.** Cost-related underuse of medications in older adults: *ELSI-Brazil*, **2018**.
107. **Hatipoğlu S, Özyurt BC.** Manisa ilindeki bazı aile sağlığı merkezlerinde akılcı ilaç kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, **2016**; 15(4):1-8.
108. **Alpaydin M.** Dahiliye Polikliniğine Başvuran Erişkinlerin Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi ve Tutumları İle Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi, **2021**.
109. **Ekici MA, Kurutçu Ş, Uysal B.** Erişkinlerdeki Akılcı İlaç Kullanım Bilgi Düzeyinin Ölçülmesi. *International journal of social humanities sciences research*, **2019**; 6(32):179-189.
110. **Yılmaz G.** Hipertansiyon Tedavisi Gören Hastalarda Depresyon ve Anksiyete Sıklığı ve Kullanılan Antihipertansif İlaçlarla İlişkisi, **2021**.
111. **Kalmaz A.** Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımının Sağlık Anksiyetesi ve Siberkondri ile İlişkisi, **2022**.
112. **Gök F, Hergül K, Cerrahi F, Yatan K.** Cerrahi Kliniklerinde Yatan Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Sağlık Bilimlerinde İleri Araştırmalar Dergisi*, **2020**; 3(3):195-206.

- 113. Karabiber M.** *Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Olacak Hastaların Anksiyete ve Depresyonları ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, **2023**.
- 114. Bozan E.** *Kronik Bel ve Boyun Ağrısı Olan Hastalarda Anksiyete ve Depresyon İlişkisi*, **2022**.
- 115. Esteghamat SS, Moghaddami S, Esteghamat SS, Kazemi H, Kolivand PH, Gorji A.** The course of anxiety and depression in surgical and non-surgical patients. *International journal of psychiatry in clinical practice*, **2014**; 18(1):16-20.
- 116. Mirani SH, Areja D, Gilani SS, Tahir A, Pathan M, Bhatti S.** Frequency of Depression and Anxiety Symptoms in Surgical Hospitalized Patients. *Cureus*, **2019**; 11(2).
- 117. Akici N, Gelal A, Gürbüz T, Ceran Ö, Akici A.** Hastaneye Başvuru Öncesinde Çocuklarda İlaç Kullanımının Araştırılması. İçinde *Anatol J Clin Investig* **2015**; 9(1).
- 118. Koç Z, Sağlam Z.** Hastanede Yatan Yaşlı Hastaların Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, **2011**; 42-52.
- 119. Kafes AY.** Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Üzerine Bir Bakış. *Humanistic Perspective*, **2021**; 3(1):186-194.
- 120. Bian C, Xu S, Wang H, Li N, Wu J, Zhao Y, Li P, Lu H.** A Study on the Application of the Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model on Rational Drug Use Behavior among Second-Level Hospital Outpatients in Anhui, China. *PLoS One*, **2015**; 10(8):135782.
- 121. Şendir M, Büyükyılmaz F, Çelik Z, Güzel E.** Aile sağlığı merkezlerine başvuran bireylerde akılcı ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. | TAF Preventive Medicine Bulletin | EBSCOhost, **2015**; 14(1).
- 122. Arat G.** Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı, Sağlık Okur Yazarlığı ve Evsel İlaç Atık Farkındalık Düzeyinin Belirlenmesi, Sinop Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Sinop, **2023**.
- 123. Ürdün'deki tıp ve tıp dışı Üniversite öğrencileri arasında kendi kendine ilaç alma kalıpları - PMC** (nih.gov)
- 124. Altı Latin Amerika ülkesinde kendi kendine ilaç tedavisi ve kendi kendine reçete üzerine çok merkezli çalışma. Uyuşturucu Kullanımı Araştırma Grubu, Latin Amerika. Klinik Pharmacol Ther.** **1997**; 61(4):488-93.

- 125. 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?. *Annals of Pharmacotherapy*, **2008**; 42(4):572-579.
- 126. T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, Toplumun Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı.** Ankara, Araştırma Serisi: 9, **2011**.
- 127. Kahyaoğlu M, Birel FK, Yetiş Mİ.** Ortaokul öğrencilerinin fen bilimleri derslerine yönelik kendi kendine öğrenme becerilerinin yordanmasında kaygının rolü. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, **2019**; 18(69):385-97.
- 128. Özgür G, Yıldırım S, Aktaş N.** Bir üniversite hastanesinin ameliyathane ve yoğun bakım hemşirelerinde ruhsal durum değerlendirmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **2008**; 12:21-30.
- 129. Korkut B, Sevinç N.** Ölüm kaygısı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki. *Jour Turk Fam Phy*, **2021**; 12(2):76-83.
- 130. Elkin N.** Yaşlılarda Polifarmasi ve Akılcı İlaç Kullanımına Aile Hekimliği Yaklaşımı. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* **2020**; 11:279-290.
- 131. Karadakovan A.** Yaşlı Sağlığı ve Bakım. Ankara: Özyurt Basımevi, **2014**.
- 132. Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, DiMatteo MR, Kravitz RL.** Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study, *J Behav Med.*, **1992**; 15(5):447-68.
- 133. Akyol Güner T, Kuzu A, Bayraktaroğlu T.** Diyabetli Bireylerde Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki. *Türk Diyab Obez* **2020**;3: 214-223.
- 134. Korkut B. ve Sevinç N.** Ölüm kaygısı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki. *Jour Turk Fam Phy* **2021**; 12 (2): 76-83. Doi: 10.15511/tjtfp.21.00276
- 135. KAVAK, Funda; AKTÜRK, Ümmühan.** Diyabet hastalarında hastalık algısının anksiyete ve depresyon belirtileri üzerine etkisi. **2019**.
- 136. Ozdinc S, Sensoy N, Kurt R, Altas S, Altun R.** Are we using drugs rationally? A survey study from Turkey. *Pak J Med Sci* **2015**;31(5):1156-1161. doi: <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.315.7370>
- 137. Gaygısız, Ü.; Lajunen, T.; Gaygısız, E.** Community Use of Antibiotics in Turkey: The Role of Knowledge, Beliefs, Attitudes, and Health Anxiety. *Antibiotics* **2021**, 10, 1171. <https://doi.org/10.3390/antibiotics10101171>

- 138.** Ağdemir, Burcu. *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde öz-etkililik ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişki*. MS thesis. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2017
- 139.** ERCAN, T., & BİÇER, D. F. (2019). TÜKETİCİLERİN AKILCI İLAÇ KULLANIMINA YÖNELİK BİLGİ DÜZEYLERİ VE DAVRANIŞLARINI ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ: SİVAS İLİ ÖRNEĞİ. *Business & Management Studies: An International Journal*, 7(2), 998–1021. <https://doi.org/10.15295/bmij.v7i2.1133>



## 8. EKLER

### 8.1. Ek 1. Aydınlatılmış Onam Formu

#### AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

**Araştırmanın Başlığı: Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yetişkin Hastalarda Akılcı İlaç Kullanımı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması**

**Akılcı İlaç Kullanımı;** ilaçların bilinçli bir şekilde ve doğru yöntemlerle kullanılması olarak tanımlanabilir. Akılcı ilaç kullanım sürecinde ilaç üretim, kullanım ve son olarak ilacın imha süreçlerinin tüm aşamalarının “doğru” yönetilmesi gerekmektedir. Hekim, eczacı, hemşire ve hasta/tüketiciden oluşan “ilaç ekibi” kaliteli ilaç kullanımının temelini oluşturmaktadır. Uygun olmayan ilaç kullanım davranışı erken tanı fırsatının kaçırılmasına, tedavi olunmamasına, komplikasyon gelişmesine, ülke ekonomisinin olumsuz etkilenmesine sebebiyet vermektedir. Bu noktada aile hekimliği sisteminin büyük rolü ve multisektörel iş birliği ile akılcı olmayan ilaç kullanımının önüne geçmek için daha çok uğraş verilmelidir. Yetişkin hastaların akılcı olmayan ilaç kullanım durumlarını saptamak ve ilişkili faktörler belirlemek bu konuda farkındalık sağlayıp, literatüre katkı sağlayacaktır.

Sonuçlar öncelikle bilimsel amaçla kullanılacak, kişisel bilgileriniz gizli tutulacak, sorun saptanması halinde durum size bildirilecek ve alınması gereken önlemler konusunda ayrıntılı bilgilendirme yapılacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama ve katıldıktan sonra çekilme hakkınız bulunmaktadır. Ek bilgi talebiniz olursa sözlü olarak karşılanacaktır.

**Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.**

---

**SÖZ KONUSU ARAŞTIRMAYA, YUKARIDA BELİRTİLEN KOŞULLAR ÇERÇEVESİNDE HİÇBİR BASKI VE ZORLAMA OLMAKSIZIN KENDİ RIZAMLA KATILMAYI KABUL EDİYORUM.**

|                  |                       |                                    |
|------------------|-----------------------|------------------------------------|
| <b>Katılımcı</b> | <b>Görüşme tanığı</b> | <b>Katılımcı ile görüşen hekim</b> |
| Adı, soyadı:     | Adı, soyadı :         | Adı, soyadı :                      |
| Adres:           | Adres :               | Adres :                            |
| Tel.:            | Tel:                  | Tel:                               |
| İmza :           | İmza :                | İmza:                              |

## 8.2. Ek 2.Sosyodemografik Veri Toplama Formu



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Çukurova Üniversitesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Yetişkin Hastalarda Akılcı İlaç Kullanımı ve İlişkili Faktörlerin Araştırılması</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                  |
| Bu anket yetişkin hastaların akılcı ilaç kullanımları ve ilişkili faktörleri değerlendirmeye yönelik tıpta uzmanlık tezimize ilgilidir. Anket kapsamında paylaşacağımız bilgiler tamamıyla bilimsel amaçlı kullanılacak olup, kesinlikle başka kurum ve kuruluşlarla paylaşılmayacaktır. Kimlik bilgisi sorulmamaktadır. Soruları eksiksiz ve dikkatli doldurmanız çalışmamın doğru sonuçlanması için önemli olup, göstereceğiniz dikkat ve ayırmış olduğunuz zaman için teşekkür ederiz. |                                                                                                  |
| 1.<br>HASTA KOD NUMARASI:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                  |
| 2.<br>Cinsiyet                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                  |
| 3.Yaşınız<br>Medeni Durum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | a) Evli<br>b) Bekar<br>c) Boşanmış<br>ç) Eşi vefat etmiş                                         |
| 4.Eğitim durumu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | a)Okur yazar değil<br>b)Okuryazar<br>c)İlkokul<br>ç)Ortaokul<br>d)Lise<br>e)Lisans/yüksek lisans |
| Çalışma Durumu                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | a)Çalışıyor<br>b)Çalışmıyor<br>c)Öğrenci<br>ç)Emekli                                             |
| 5.<br>Sosyal Güvenceniz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | a)var (...)<br>b)Yok (...)                                                                       |
| 6.<br>Aylık toplam geliriniz                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | a)Gelir giderden az<br>b)Gelir gidere eşit                                                       |
| 7.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                  |



|                                                                                               |                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                               |                                                                                                                                                                     |
| 8.                                                                                            |                                                                                                                                                                     |
| Yaşama Ortamı                                                                                 | c)Gelir giderden fazla<br>a)Yalnız<br>b)Ev arkadaşı ile<br>c)Aile ile                                                                                               |
| 9.                                                                                            | ç)Diğer (....)                                                                                                                                                      |
| Sigara kullanıyor musunuz ?                                                                   | a)Evet<br>b)Hayır                                                                                                                                                   |
| 10.                                                                                           |                                                                                                                                                                     |
| Ne sıklıkla bir sağlık kuruluşuna başvurursunuz?                                              | a)Ayda bir<br>b)3 ayda bir<br>c)6 ayda bir<br>ç)Yılda bir<br>d)Şikayetim oldukça                                                                                    |
| 11. Son 6 ayda kaç kez sağlık kuruluşuna başvurduğunuz ?                                      | .....                                                                                                                                                               |
|                                                                                               |                                                                                                                                                                     |
| 12. Doktor tarafından tanı konulan sürekli ilaç almanızı gerektiren bir hastalığınız var mı ? | a)Evet<br>b)Hayır<br>c)Evet ise birden fazla belirtirsiniz : .....                                                                                                  |
| Reçetesiz İlaç Kullanır mısınız ?                                                             | a)Evet                                                                                                                                                              |
| 13.                                                                                           | b)Hayır                                                                                                                                                             |
| Reçetesiz Kullandığınız İlacın Türü                                                           | a)Ağrı Kesici Hap                                                                                                                                                   |
| Nedir ? (Birden Fazla Belirtebilirsiniz.)                                                     | b)Ağrı Kesici Krem /Jel /Sprey                                                                                                                                      |
| 14.                                                                                           | c)Kas Gevşetici Hap<br>ç)Kas Gevşetici Krem/Jel /Sprey<br>d)Soğuk Algınlığı /Grip İlacı<br>e)Antibiyotik<br>f)Multivitaminler<br>g)Takviyeler<br>ğ)Bitkisel İlaçlar |

|                                                                              |                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                              | h) Mide-sindirim sistemi ilaçları<br>ı) Psikiyatrik İlaçlar                                                                                                  |
| 15.                                                                          |                                                                                                                                                              |
| Reçetesiz Kullandığınız İlaçları Nereden Temin edersiniz ?                   | a) Eczaneden<br>b) Komşu/Akrabadan<br>c) İnternetten                                                                                                         |
| 16.                                                                          |                                                                                                                                                              |
| .Evdeki hiç kullanılmamış ya da yarım kullanılmış ilaç kutusu sayısı nedir ? | a) Hiç yok (...)<br>b) 1-5 kutu (...)                                                                                                                        |
| 17.                                                                          | c) 5 kutudan fazla(...)                                                                                                                                      |
| Hekimin verdiği ilaçları ne şekilde kullanırsınız ?                          | a) İlaç bitene kadar kullanırım (...)<br>b) Şikayetim geçene kadar kullanırım (...)<br>c) Hekim veya Eczanenin önerdiği süre kadar kullanırım(...)           |
| 18.                                                                          |                                                                                                                                                              |
| Antibiyotik kullanmaya başladıktan sonra tedaviyi nasıl kesersiniz ?         | a) Hekimin önerdiği şekilde tedavi tamamlanıncaya<br>b) Kendimi iyi hissedince<br>c) İlaç bitince                                                            |
| 19.                                                                          |                                                                                                                                                              |
| Verilen ilacı bitirmeden bırakma sebebiniz nedir?                            | a) İyileşme<br>b) Unutkanlık / kullanmaktan sıkılma<br>c) Fazla ilaç içmemek için<br>ç) Fayda görmediğini düşünme<br>d) Alerji<br>e) Diğer (belirtiniz)..... |
| Hastanın Başvuru Nedeni :                                                    |                                                                                                                                                              |
| 20.                                                                          |                                                                                                                                                              |

### 8.3. Ek 3. Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği

| Ölçek Maddeleri                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Sadece hekimler ilaç önerisinde bulunabilir.                                                    |
| 2. Benzer şikayetleri olan bir yakınlarımıza ilaç tavsiyesinde bulunmakta sakınca yoktur.          |
| 3. Hastalandığımızda ilaç tedavisine ihtiyacımız olup olmadığını doktor belirler.                  |
| 4. İlaçların olumlu etkileri yanında olumsuz etkileri de olabilir.                                 |
| 5. Tüm ilaçlar aynı yan etkileri oluşturur.                                                        |
| 6. İlacı doktorun belirttiği zaman aralıklarından sık almak zararlı değildir.                      |
| 7. İlaçların aç veya tok karına alınması gerektiği kullanma talimatlarından öğrenilebilir.         |
| 8. İlacı doktorun belirttiği tedavi süresi boyunca kullanmamak iyileşmeyi engelleyebilir.          |
| 9. Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.                                               |
| 10. Bitkisel ürünlerin istenildiği kadar tüketilmesinin sağlığa bir zararı yoktur.                 |
| 11. İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız. |
| 12. Hekimimiz tedavimizi düzenlerken halen kullanmakta olduğumuz ilaçları bildirmeliyiz.           |
| 13. Tedavi sırasında kendimizi iyi hissettiğimizde ilaç kullanmayı kesebiliriz.                    |
| 14. İlaçlarımızı evde nerde saklamamız gerektiğini eczacımıza sorabiliriz.                         |
| 15. Her ilacın tedavi süresi birbirine eşittir.                                                    |
| 16. Bitkisel ürünler tamamen zararsızdır.                                                          |
| 17. İlaçlar her yaş grubunda aynı miktarda kullanılabilir.                                         |
| 18. Çok sayıda ilaç kullanmak değil yeterli sayıda ilaç kullanmak iyileşmemizi sağlar.             |
| 19. Daha pahalı olan ilaçlar daha etkilidir                                                        |
| 20. Gebelikte her ilaç güvenle kullanılabilir                                                      |
| 21. Bazı ilaçların bağımlılık yapma özelliği vardır                                                |
| Toplam Cronbach alfa: 0.79                                                                         |

#### 8.4. Ek 4. Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği

##### HASTANE ANKSİYETE DEPRESYON ÖLÇEĞİ

**1. Kendimi gergin “patlayacak gibi” hissediyorum.**

- (3) Çoğu zaman
- (2) Birçok zaman
- (1) Zaman zaman, bazen
- (0) Hiçbir zaman

**2. Eskiden zevk aldığım şeylerden hâlâ zevk alıyorum.**

- (0) Aynı eskisi kadar
- (1) Pek eskisi kadar değil
- (2) Yalnızca biraz eskisi kadar
- (3) Neredeyse hiç eskisi kadar değil

**3. Sanki kötü bir şeyler olacakmış gibi korkuya kapılıyorum.**

- (3) Kesinlikle öyle ve oldukça şiddetli
- (2) Evet, ama çok şiddetli değil
- (1) Biraz, ama beni endişelendirmiyor
- (0) Hayır, hiç öyle değil

**4. Gülebiliyorum ve olayların komik taraflarını görebiliyorum.**

- (0) Her zaman olduğu kadar
- (1) Şimdi pek o kadar değil
- (2) Şimdi kesinlikle o kadar değil
- (3) Artık hiç değil

**5. Akıldan endişe verici düşünceler geçiyor.**

- (3) Çoğu zaman
- (2) Birçok zaman
- (1) Zaman zaman, ama çok sık değil
- (0) Yalnızca bazen

**6. Kendimi neşeli hissediyorum.**

- (3) Hiçbir zaman
- (2) Sık değil
- (1) Bazen
- (0) Çoğu zaman

**7. Rahat rahat oturabiliyorum ve kendimi gevşek hissediyorum.**

- (0) Kesinlikle
- (1) Genellikle
- (2) Sık değil
- (3) Hiçbir zaman

**8. Kendimi sanki durgunlaşmış gibi hissediyorum.**

- (3) Hemen hemen her zaman
- (2) Çok sık
- (1) Bazen
- (0) Hiçbir zaman

**9. Sanki içim pır pır ediyormuş gibi tedirginliğe kapılıyorum.**

- (0) Hiçbir zaman
- (1) Bazen
- (2) Oldukça sık
- (3) Çok sık

**10. Dış görünüşüme ilgimi kaybettim.**

- (3) Kesinlikle
- (2) Gerektiği kadar özen göstermiyorum.
- (1) Pek o kadar özen göstermiyorum.
- (0) Her zamanki kadar özen gösteriyorum.

**11. Kendimi sanki hep bir şey yapmak zorundaymışım gibi huzursuz hissediyorum.**

- (3) Gerçektende çok fazla
- (2) Oldukça fazla
- (1) Çok fazla
- (0) Hiç değil

**12. Olacakları zevkle bekliyorum.**

- (0) Her zaman olduğu kadar
- (1) Her zamankinden biraz daha az
- (2) Her zamankinden kesinlikle daha az
- (3) Hemen hemen hiç

**13. Aniden panik duygusuna kapılıyorum.**

- (3) Gerçekten de çok sık
- (2) Oldukça sık
- (1) Çok sık değil
- (0) Hiçbir zaman

**14. İyi bir kitap, televizyon ya da radyo programından zevk alabiliyorum.**

- (0) Sıklıkla
- (1) Bazen
- (2) Pek sık değil
- (3) Çok seyrek

