

T.C.
SİNOP ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
DİSİPLİNLERARASI ÇEVRE SAĞLIĞI ANABİLİM DALI



KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI,
SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE EVSEL İLAÇ ATIK FARKINDALIK
DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

GAMZE ARAT

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. BİLGE BAL ÖZKAPTAN

SİNOP-2023

TEZ KABUL

GAMZE ARAT tarafından hazırlanan “**KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI, SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE EVSEL İLAÇ ATIK FARKINDALIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ**” başlıklı bu çalışma, 14.06.2023 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak, jürimiz tarafından **YÜKSEK LİSANS tezi** olarak kabul edilmiştir.

Başkan (Danışman)	Doç. Dr. Bilge BAL ÖZKAPTAN Sinop Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Fakültesi	İmza
Üye	Doç. Dr. Dilek SAĞIR Sinop Üniversitesi/ Sağlık Bilimleri Fakültesi	İmza
Üye	Dr. Öğr Üyesi H. Seval GÖNDEREN ÇAKMAK Çankırı Karatekin Üniversitesi / Çerkeş MYO	İmza

Enstitü Müdürü

Prof. Dr. Fadime DİRİK

.....

ETİK BEYANI

Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmasında; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmasında yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.



Gamze ARAT

ÖZET

YÜKSEK LİSANS TEZİ

KRONİK HASTALIĞI OLAN BİREYLERİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI, SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE EVSEL İLAÇ ATIK FARKINDALIK DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ

GAMZE ARAT

SİNOP ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
DİSİPLİNLERARASI ÇEVRE SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
DANIŞMAN:DOÇ. DR. BİLGE BAL ÖZKAPTAN

Artan dünya nüfusu, ortalama yaşam süresinin uzaması kronik hastalıkların ve buna bağlı ilaç kullanım oranlarının da artmasına neden olmuştur. Sağlık okuryazarlığı (SOY)'nın akılcı ilaç kullanımı (AİK) bilgisi ve davranışları ile evlerde kullanılmayan ilaç bulundurma oranları ve imha yolları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu çalışmanın amacı; kronik hastaların akılcı ilaç kullanımı, sağlık okuryazarlığı ve evsel ilaç atık farkındalık düzeyinin belirlenmesidir. Bu çalışma Ekim 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında bir devlet hastanesine ayaktan başvuran ve en az bir kronik hastalığı olan 478 hasta ile yapılmıştır. Verilerin toplanmasında “Sosyo-Demografik Bilgi Formu”, “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)”, “Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği” ve “Evsel İlaç Atık Yönetimi Farkındalık Formu” kullanılmıştır. Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 paket program aracılığı ile değerlendirilmiştir. Değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler sıklık tabloları, ortalama ve yüzdelik değerler ile sunulmuştur. Bağımsız iki grup arasındaki verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup arasındaki verilerin karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $65,01 \pm 12,89$ olup %62,3'ü erkek ve %60,5'i evlidir. Hastaların çoğunluğunun Hipertansiyon/Kalp Hastalığının olduğu (%75,1) belirlenmiştir. Hastaların çoğunluğu AİK kavramını duyduğunu (%74,1) ancak SOY kavramını (%55,0) duymadığını belirtmiştir. Hastaların çoğunluğu evde fazla ilaç depolama davranışına sahip olup katılımcıların tamamı kullanılmayan ilaçları çöpe attığını/lavaboya döktüğünü ifade etmiştir. Katılımcıların TSOY-32 ölçeği puan ortalaması $27,95 \pm 8,80$; AİK ölçeği puan ortalaması $55,94 \pm 6,76$ 'dır. Cinsiyet, medeni durum ve yaşanan yer dışındaki sosyodemografik özelliklerle TSOY-32 ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Hastaların AİK ölçeği puan ortalaması ile sosyodemografik özellikleri, hastaların akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bazı özelliklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Ayrıca TSOY-32 ölçeği toatal puanı ile AİK ölçeği total puanı arasında pozitif yönde ve güçlü bir korelasyon olduğu belirlenmiştir ($r = 0,78$; $p = 0,000$). Çalışma sonucunda katılımcıların SOY, AİK ve evsel ilaç atık farkındalıklarının beklenen düzeylerin altında olduğu belirlenmiştir. Konu ile ilgili toplumun farkındalığını artıracak çalışmaların yapılması ve evsel ilaç atık yönetimi konusunda yasal mevzuatın geliştirilmesi önerilmiştir.

ANAHTAR KELİMELE:Kronik hastalıklar; Akılcı ilaç kullanımı; Sağlık okuryazarlığı; Evsel ilaç atık farkındalığı

Haziran 2023, 94 Sayfa

ABSTRACT

MSC THESIS

DETERMINATION OF RATIONAL DRUG USE, HEALTH LITERACY, AND HOUSEHOLD PHARMACEUTICAL WASTE AWARENESS LEVEL OF INDIVIDUALS WITH CHRONIC DISEASE

GAMZE ARAT

**SINOP UNIVERSITY INSTITUTE OF GRADUATE PROGRAMS
DEPARTMENT OF INTERDISCIPLINARY ENVIRONMENTAL HEALTH
SUPERVISOR: ASSOC. PROF. BİLGE BAL ÖZKAPTAN**

The increasing world population and the prolongation of the average life expectancy have led to an increase in the rates of chronic diseases and related drug use. There is a significant relationship between the rational drug use (RDU) knowledge and behaviors of health literacy (HL) and the rates of possession of unused drugs at home and disposal routes. The aim of this study is to determine the RDU, HL and household pharmaceutical waste awareness level of chronic patients. This study was conducted with 478 outpatients with at least one chronic disease who applied to a state hospital between October 2022 and May 2023. "Socio-Demographic Information Form", "Turkey Health Literacy Scale-32 (TSOY-32)", "RDU Scale" and "Household Pharmaceutical Waste Management Awareness Form" were used to collect data. The data obtained from the study were evaluated with the SPSS 22.0 package program. Descriptive statistics of the variables are presented with frequency tables, mean and percentage values. The Mann-Whitney U test was used to compare the data between two independent groups, and the Kruskal-Wallis H test was used to compare the data between more than two groups. The mean age of the participants was 65.01 ± 12.89 , and 62.3% were male and 60.5% were married. It was determined that the majority of the patients had Hypertension/Heart Disease (75.1%). The majority of the patients stated that they heard the concept of RDU (74.1%), but did not hear the concept of HL (55.0%). Most of the patients have excessive drug storage behavior at home, and all of the participants stated that they throw away unused drugs into the sink. Participants' TSOY-32 scale mean score was 27.95 ± 8.80 ; The mean score of the RDU scale is 55.94 ± 6.76 . A statistically significant relationship was found between gender, marital status and sociodemographic characteristics other than the place of residence and the mean scores of the TSOY-32 scale ($p < 0.05$). It was determined that there was no statistically significant relationship between the patients' mean RDU scale scores and sociodemographic characteristics, RDU and some characteristics related to HL ($p > 0.05$). In addition, it was determined that there was a positive and strong correlation between TSOY-32 scale total scores and RDU scale total scores ($r = 0.78$; $p = 0.000$). In our study, it was determined that the participants' awareness of household pharmaceutical waste, HL and RDU levels were below the expected levels. It has been suggested to carry out studies that will increase the awareness of the society on the subject and to develop legal legislation on household pharmaceutical waste management.

KEYWORDS: Chronic diseases; Rational drug use; Health literacy; Household pharmaceutical waste awareness

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimim süresince gösterdiği sabır, verdiği destek ve emek için, her zaman yol göstericim olan değerli tez danışmanım Doç.Dr. Bilge BAL ÖZKAPTAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca çalışmanın yapılabilmesi için gerekli izinleri veren Sinop Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'na ve Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu'na, Sinop İl Sağlık Müdürlüğü'ne, Sinop Atatürk Devlet Hastanesi'ne, veri toplamak amacıyla kullanılan ölçeklerin sahiplerine ve çalışmaya katılan bireylere teşekkür ederim.

Gamze ARAT

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
TEZ KABUL.....	ii
ETİK BEYANI.....	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT.....	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	x
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problem Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Kronik Hastalıklar.....	4
2.2. Sağlık Okuryazarlığı	6
2.2.1. Sağlık okuryazarlığının tanımı ve önemi.....	6
2.2.2. Türkiye’de ve Dünya’da sağlık okuryazarlığı	9
2.2.3. Kronik hastalıklar ve sağlık okuryazarlığı.....	10
2.3. Akılcı İlaç Kullanımı	11
2.3.1. Akılcı ilaç kullanımı ve tanımı	11
2.3.2. Akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı.....	13
2.3.3. Kronik hastalıklarda sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı	14
2.4. Evsel İlaç Atıkları	15
2.4.1. Evsel ilaç atıkları tanımı	15
2.4.2. Evsel ilaç atıkları ve akılcı ilaç kullanımı.....	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	23
3.1. Araştırmanın Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4. Araştırmaya Alınma ve Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri.....	24
3.5. Veri Toplama Araçları	24
3.5.1. Sosyo-Demografik bilgi formu	24
3.5.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32).....	24

3.5.3. Akılcı ilaç kullanım ölçeği.....	25
3.5.4. Evsel ilaç atık yönetimi farkındalık formu	26
3.6. Araştırmanın Uygulanması	26
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	26
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	26
4. BULGULAR.....	28
4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı.....	28
4.2. Hastaların Alışkanlıkları ve Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları	29
4.3. Katılımcıların Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkili Bazı Özellikleri	30
4.4. Katılımcıların Evsel İlaç Atık Farkındalık Durumları	31
4.5. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) İle İlişkili Bulgular	33
4.6. Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği İle İlişkili Bulgular	46
4.7. TSOY-32 Ölçeği ile AİK Ölçeği Arasındaki İlişki	49
4.8. Evsel İlaç Atık Yönetiminin SOY Düzeyi, AİK Düzeyi ve Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	51
5. TARTIŞMA.....	54
5.1 Katılımcıların Alışkanlıkları ve Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları	54
5.2 Katılımcıların Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkili Bazı Özellikleri	56
5.3 Katılımcıların Evsel İlaç Atık Farkındalık Durumları	57
5.4 TSOY-32 ile İlişkili Bulgular.....	62
5.5 Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Bulgular.....	67
5.6 TSOY-32 Ölçeği ve AİK Ölçeği Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular..	69
5.7 Evsel İlaç Atık Yönetiminin SOY Düzeyi, AİK Düzeyi ve Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	70
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
KAYNAKLAR	75
EKLER	84
EK 1. VERİ TOPLAMA FORMU	84
EK 2. YASAL/ÖZEL İZİN BELGELERİ.....	90
EK 2.1. ETİK KURUL İZNİ	90
EK 2.2. ÖLÇEK KULLANIM İZNİ.....	92
EK 2.3. SİNOP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ BİLİMSEL ARAŞTIRMA İZNİ	93



TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 4. 1 Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları	28
Tablo 4. 2 Hastaların alışkanlıkları ve sağlık durumlarına göre dağılımları.....	29
Tablo 4. 3 Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bazı özellikleri	30
Tablo 4. 4 Katılımcıların evsel ilaç atık farkındalık durumları.....	32
Tablo 4. 5 TSOY-32 Ölçeği toplam puanları ve alt boyut puanlarının dağılımları	35
Tablo 4. 6 TSOY-32 Ölçeği puanlarının yaşa göre karşılaştırılması	36
Tablo 4. 7 TSOY-32 Ölçeği puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması	37
Tablo 4. 8 TSOY-32 Ölçeği puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması	38
Tablo 4. 9 TSOY-32 Ölçeği puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması	40
Tablo 4. 10 TSOY-32 Ölçeği puanlarının yaşanılan yere göre karşılaştırılması	41
Tablo 4. 11 TSOY-32 Ölçeği puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması.....	43
Tablo 4. 12 TSOY-32 Ölçeği puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması.....	45
Tablo 4. 13 Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği toplam puanları ve alt boyut puanlarının dağılımları	46
Tablo 4. 14 Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği puanlarının sosyo demografik özelliklere göre dağılımı	47
Tablo 4. 15 Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği puanlarının hastaların akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bazı özelliklerine göre karşılaştırılması.....	48
Tablo 4. 16 TSOY-32 Ölçeği ile AİK Ölçeği Arasındaki İlişki	50
Tablo4.17 Evsel İlaç Atık Yönetiminin SOY Düzeyi, AİK Düzeyi ve Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı	52

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltmalar

AİK	: Akılcı İlaç Kullanımı
ASOY-TR	: Avrupa Sağlık Okuryazarlık Ölçeği
BOH	: Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar
DSÖ (WHO)	: Dünya Sağlık Örgütü- (World Health Organization)
HKSGSİBA	: Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi anlama
HKSGSİBD	: Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi değerlendirme
HKSGSİBKU	: Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
HKSGSİBU	: Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiye ulaşma
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
SOY	: Sağlık Okuryazarlığı
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
THSİBA	: Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi anlama
THSİBD	: Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi değerlendirme
THSİBKU	: Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
THSİBU	: Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiye ulaşma
TSOY-32	: Türkiye Sağlık Okuryazarlık Ölçeği-32
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

1. GİRİŞ

1.1. Problem Tanımı ve Önemi

Kronik hastalıklar; ağır ağır ilerleyen, tıbbi müdahalelerle tedavisi mümkün olmayan ancak ömür boyu takip ve tedaviyle şiddetinin azaltılması sağlanabilen hastalıklardır. Uygun takip ve tedavi edilmeyen hastalarda, işlev bozuklukları, hareket kısıtlılıkları, sakatlıklar ve kalıcı hasarlar meydana gelebilir. (Çiftçi, 2015; Bernell, 2016) Kronik hastalıklar bireyleri fiziksel yönden etkilemekle birlikte bireye psikolojik ve ekonomik yönden de ağır yükler getirmektedir (Aktaş, 2021). Kronik hastalıklar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar (BOH) sınıflamasında bulunmakta ve bu hastalıkların önlenmesi DSÖ'nün temel hedefleri arasında yer almaktadır. Bu hastalıklar başta en fazla gelişmekte olan ülkelerde ve tüm dünyada risk olarak görülmektedir. Çünkü tüm dünya için en önemli sağlık problemlerine yol açan BOH'lar toplam ölümlerin ana sebebidir. Bununla birlikte her yıl 41 milyon insan bu hastalıklardan dolayı hayatını kaybetmektedir (URL-2, DSÖ, 2022). Ülkemizde ise 2018 Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ölüm nedenlerinin ilk üçü dolaşım sistemi hastalıkları, iyi ve kötü huylu tümörler ve solunum sistemi hastalıkları gibi kronik hastalıklardır (URL-3, 2022). Bu hastalıklarda sağlık yükünün azaltılmasında en önemli etmenler; BOH'ların gelişimine neden olan risk faktörlerini ortadan kaldırmak, hastalık ortaya çıktıktan sonra ömür boyu gerekli olan tedaviyi etkin bir şekilde devam ettirmek ve hasta ilaç uyumunu sağlamak, şeklinde sıralanabilir (Güngör, 2022).

DSÖ tarafından "Hastaların ilaçları klinik bulgularına uygun, bireysel ihtiyaçlarını karşılayan dozlarda, yeterli süre boyunca, kendilerine ve topluma en düşük maliyetle kullanmalarını sağlayan kural ve uygulamaların tamamıdır." diye tanımlanan akılcı ilaç kullanımı tüm dünyayı etkileyen kronik hastalıkların kontrol altına alınmasında çok önemlidir. Akılcı İlaç Kullanımı (AİK); ilaçların önerilen dozda ve sürede, önerilere uygun şekilde kullanılmasını gerektirir. Bu sayede özellikle sürekli ilaç kullanmak durumunda olan kronik hastaların hastalıklarının sağlık düzeylerinin daha iyi olması sağlanabilir (Çakmak, 2021; Tosun ve Hoşgör, 2021; Alpaydın, 2022; Işık, 2021). AİK bireyin fiziksel sağlığı üzerine etki etmekle birlikte gereksiz ilaç kullanımının önüne geçerek birey ve toplumun sağlık giderlerinin azalmasını, evlerde gereksiz ilaç depolanmamasını ve ilaç atıklarının azalmasına katkı sağlar (Çakmak, 2021; Tosun ve Hoşgör, 2021; Alpaydın, 2022; Işık, 2021). Dünyada tüm ilaçların %50'sinden fazlasının

doğru ve uygun şekilde reçete edilmediği, dağıtılmadığı veya satılmadığı hatta hastaların da %50'sinin ilaçlarını doğru şekilde almadığı bilinmektedir (DSÖ, 2002; URL-6, 2022). Ayrıca hem ülkemizde hem de daha gelişmiş ülkelerde ilaç harcamalarının arttığı ülke giderleri arasında önemli bir yer aldığı görülmektedir (URL-5, 2022; Eser, 2021). Bu durumlar günümüzde AİK'in öneminin giderek artırmaktadır. Kronik hastalarda ilaç tedavisinde hekim tarafından aktarılan tedavinin, bilgi ve önerilerinin anlaşılacak, ilaç dozlarının hesaplanması, düzenli kullanılması gibi AİK gereklilikleri için hastaların okuma anlama becerileri önem arz etmektedir.

Sağlık okuryazarlığı (SOY) ilk olarak bireylerin sağlıkla ilgili bilgileri almada temel materyal okuma ve gerekliliklerini yerine getirme gibi tanımlansada; daha sonra bilgiye ulaşma, anlama, değerlendirme kullanma ve yorumlama becerisi olarak genişletilmiştir (Van der Heide vd, 2018; Akagündüz, 2022). Bu bağlamda 2021 yılında DSÖ, SOY'u insanların kendileri ve çevresindekiler için sağlıkta esenliğe ulaşmak amacıyla bilgi ve hizmete erişmelerini anlamalarını değerlendirmelerini ve kullanmalarını sağlayan, sağlıkta bilinçli kararlar vermek için kritik öneme sahip olan bir kavram olarak tanımlar (Nutbeam, 2008; DSÖ, 2021). SOY'un yüksek olması; erken tanıda önemli olan taramaların yaptırılmasıyla hastalıkların önlenmesini, bireylerin sağlıklarıyla ilgili kararlar alıp uygulamasını sağlayarak öz yeterliliklerinin artmasını, sağlık hizmetlerindeki yoğunluğun ve sağlık giderlerinin azaltılmasını sağlar. Ayrıca tedaviyle ilgili önerilerin doğru anlaşılması ve uygulamasıyla AİK'in sağlanmasında da önemli rol oynar (Parker vd, 2008; Sampio vd, 2015; Halıcı, 2020; Nappo vd, 2021). Son yıllarda artan; nüfus, kronik hastalıklar, sağlık giderleri SOY konusunun önemini ve çalışmalarını arttırmıştır. Ancak dünyada ve Türkiye' de yapılan çalışmalar SOY seviyesinin istenen düzeyin oldukça altında olduğunu göstermektedir. (Kutner vd., 2006; Sørensen vd., 2015; Ilgaz, 2021; Demirci, 2021).

Kronik hastalarda özyeterliliklerinin ve ilaç tedavilerinin önemli olmasına rağmen yapılan çalışmalarda SOY seviyelerinin düşük olduğu görülmüştür (Bostancı, 2019; Güner vd., 2020; Liu vd., 2020; İlhan vd., 2021).

Bireylerde, özellikle kronik hastalarda hem AİK'in hem de SOY'un yeterli seviyelerde olması; hastaların ilaçlarını düzenli kullanmalarını, evde ilaç biriktirmemelerini ve ilaç atıklarını evsel atıklarla atmamalarını mümkün kılabilir (Coşkun vd., 2021; Kan, 2022; Alpaydın, 2022).

İlaç atıkları, tıbbi atıklardır ve imhası tıbbi atık yönetmeliğine uygun yapılmalıdır (Ertaş, 2019). Sağlık kuruluşlarındaki ilaç atıkları tıbbi atıklar yönetmeliğine göre imha edilirken

evsel ilaç atıklarının imhası konusunda ne ülkemizde ne de dünyada kesin uygulamalar bulunmamaktadır. Her yıl 15.000 ton son kullanma tarihi geçmiş ilaç birikmekte ve bu ilaçlar hem ekonomide hem de çevre sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır. Ayrıca bu ilaç atıklarının çok düşük miktarları bile çevre kirliliğinden sorumlu olabilir (Luo, 2021). Dünyada ve ülkemizde yapılan araştırmalarda evde kullanılmayan ya da son kullanma tarihi geçmiş ilaçların imha yöntemi olarak en fazla evsel atıklarla çöpe atma/lavaboya dökme yolu tercih edilmektedir (Bound, 2005; Barnett vd., 2016; Ariffin, 2019; Çot vd., 2019). Evsel ilaç atıklarının evsel katı atıklarla atılması ya da lavabolara dökülmesi su ve toprak kirliliklerine neden olarak tüm ekosistemi etkiler ve insan sağlığını tehlikeye atar (Saygı, 2012; Ariffin, 2019; Lima vd., 2020). Türkiye’de yapılan çalışmalar ve hazırlanan raporlarda yerüstü ve yer altı sularının muhtemel kirlenme nedenlerinin başında evsel katı atıklar ve evsel atık sular gelmektedir. Bu durum evsel atıklarla atık ilaçları karıştırmamamız ve etkin imha yolları oluşturmamız gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Dünya nüfusunun ve kronik hastalıkların artması ilaç kullanımının da artmasına neden olmaktadır. Bireylerin ilaç yönetimi üzerinde etkinliğinin artması AİK ile sağlanılabilir. Dünyada ve ülkemizde yapılan çalışmalar AİK bilgisi ve davranışları yüksek olanlarda evlerde kullanılmayan ilaç bulundurma oranları ve imha yolları arasında anlamlı istatistiksel sonuçları bulunmuştur (Kılıç, 2020; Coşkun vd., 2021; Alpaydın, 2022). Ayrıca AİK ve SOY kavramları arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Güner vd., 2020; Eser, 2021; Kan, 2022).

Bu araştırmadan elde edilecek veriler tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir risk olarak görülen kronik hastaların; SOY, AİK ve evsel ilaç atık farkındalık düzeyinin belirlenerek; kronik hastalıkların önlenmesi, kronik hastalıklarda etkin tedavi için hasta ilaç uyumunun sağlanması bu sayede ilaç atıklarının azalması için yapılacak çalışmalara, sağlık politikalarına, eğitim programlarına veri kaynağı oluşturabilmektir. Ayrıca ortaya çıkacak netice ile, SOY, AİK ve evsel ilaç farkındalık düzeyi arasında güçlü ve yakın bir bağın varlığından söz edilebilecektir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı; kronik hastaların akılcı ilaç kullanımı, sağlık okuryazarlığı ve evsel ilaç atık farkındalık düzeyinin belirlenmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Hastalıklar

Kronik hastalıklar; ağır ağır ilerleyen, kökeni belli olmayan aşı gibi korunma yöntemleriyle önlenemeyen, tıbbi müdahalelerle tedavi edilemeyen, oluşmasında pek çok nedenin rol oynadığı uzun süreli hastalık seyri olan sakatlıklara ve işlevsel bozukluklara sebep olan hastalıklardır. Kronik hastalar uzun yıllar sürer, hayatın tamamını kapsar ve kronik hastalar sürekli tedavi ve bakıma ihtiyaç duyar. Kronik hastalıklar, tıbbi müdahalelerle tedavisi mümkün olmayan hastalıklar olması sebebiyle hastalığın şiddetini azaltmak ve kişinin sağlığı üzerindeki öz yeterliliğini en iyi seviyeye getirmek için periyodik olarak takip ve destek gerektirmektedir. Ayrıca hiçbir belirti göstermeden uzun bir gelişme süreci izleyebilmesi ve uzun zaman alan izlemler ve kontroller gerektirmesi sebebiyle de dönüşü olmayan patolojik bozukluklara, kalıcı hasarlara ve hareket kısıtlılıklarına sebep olabilirler (Çiftçi,2015; Bernell, 2016).

Bu hastalıklar bireyleri psikolojik ekonomik ve sosyal açıdan etkilemekle birlikte ülke ekonomisine ve sağlık sistemine de ciddi boyutlarda yük getirmektedir (Aktaş,2021). Dünyada ve Ülkemizde son yıllarda kronik hastalıkların tamamı herhangi bir enfeksiyon ajanıyla ilişkilendirilmeyen genetik yatkınlık yaşam tarzı gibi faktörlerden etkilenen hastalıklar BOH olarak adlandırılan sınıflandırmada yer almaktadır. DSÖ bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesini temel işlevlerinden biri olarak belirlemiştir (DSÖ, 2021; Çiftçi, 2021).

Dünyada ve Türkiye de teknolojinin ilerlemesi, tıbbi tedavilerin iyileşmesi ve gelişmesi, sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir olması, gelir düzeylerinin artması, eğitim seviyesinin yükselmesi gibi sebeplerle yaşam süresi artmaktadır. Artan yaşam süresi ve nüfusun yaşlanmasıyla beraber kronik hastalıkların görülme oranını da giderek arttırmaktadır. Araştırmalara göre 65 yaş üzeri bireylerin %90'ında en az 1; % 35 inde 2; %23 ünde 3; %15 inde 4 veya daha fazla kronik hastalığı bulunmaktadır. Dünyada ve Türkiye de her 10 ölümün 7'sinden kronik hastalıklar sorumludur (Uğrak vd, 2016). Ülkemizde 2002 yılında BOH' larıntoplam hastalıklar içinde ki oranı %69 iken 2017 yılında %84'e yükselmiştir (URL 1, 2022).

BOH 'lar dünyadaki ölümlerin ana nedenlerindendir. Dünyadaki ölümlerin %74'ünden sorumludur. Her yıl 41 milyon insan BOH' lardan dolayı ölmektedir. Bu ölümlerin yaklaşık %86'sı düşük ve orta gelirli ülkelerde görülmektedir. Her yıl 17 milyon (70 yaş üzeri) insan BOH' lardan dolayı hayatını kaybetmektedir. Ölümlerin %80'inden fazlası

kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve solunum sistemi hastalıklarından dolayı olmaktadır. Kronik hastalıklar her yaş grubundan tüm bölge ve ülkelerdeki insanları etkilemektedir. Bu hastalıkların sağlıklı beslenme, hareketsiz yaşam, sigara ve alkol kullanımı gibi davranışsal risk faktörleri vardır. 2015 yılında bütün ülkeler sürdürülebilir kalkınma hedeflerine 2030 yılına kadar BOH'dan dolayı olan ölümleri üçte bir oranında azaltmayı eklemişlerdir. Fakat şu an çok az ülke bu hedefe ulaşabilmek yolunda ilerlemektedir (URL-2, 2022; DSÖ, 2022).

2018 TÜİK verilerine göre; dolaşım sistemi hastalıkları, iyi ve kötü huylu tümörler ve solunum sistemi hastalıkları, ölüm nedenlerin ilk 3 sebebi olarak önceki yıllardaki gibi değişmeden devam etmiştir. Dolaşım sistemi; hastalıklarından ölüm oranı %38 olarak ölüm vakalarının ilk sırasında yer alırken, tümörler %19,7 ile ikinci sırada, solunum sistemi hastalıkları ise %12,5 ile üçüncü sırada yer almaktadır. Dolaşım sistemi hastalıklarından ölümler en çok 75-84 yaş arasını etkilerken tümörler 65-74 yaş arasını etkilemiştir (URL-3, 2022).

Türkiye'de ve dünyada kronik hastalık yükünün giderek arttığı göz önüne alındığında bu hastalık yükünün azaltılması hastalığın yönetiminin sağlanmasıyla mümkün olacaktır. Bu sebeple kronik hastalıkların yönetimi gittikçe önem kazanmaktadır. Kronik hastalıkları yönetebilmenin ilk hedefi öncelikle hastalığın oluşumunu önlemek, sonrasında hastalık oluşmuşsa denetim altında tutarak mortalite ve morbiditeyi düşürmek olmaktadır. Bu hedeflere ulaşabilmek ancak hastaların hastalıklarının farkına varması ve tedaviye uyumlu hale gelmesiyle sağlanabilir (Aktaş,2021).

Sağlık sisteminin etkin bir şekilde devamlılığını sağlanabilmesi ve işlevlerini sürdürebilmesi için hastalığın ortaya çıkmasını engelleyen araçların geliştirilerek bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi, önlenemeyenlerin ise etkin bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir (URL-1, 2022).

Kronik hastalıklar stabil seyredebilen, kötüleşme dönemleri olan ya da belirli iyileşmelerin yaşandığı dönemleri içerebilir. Düzenli şekilde takip edilmediğinde, hastaların öz yeterlilikleri sağlanamadığında bireylerin bağımsız bir şekilde günlük yaşamlarını idame ettirmelerini sınırlandırabilir. Kronik hastalıkların stabil ve kontrollü bir şekilde seyredebilmesi hastaların; sağlık ekibiyle arasındaki kuvvetli iletişimi, kendi sağlık bakımlarında karar verme yetenekleri ve öz yeterliliklerini sağlayabilmesiyle olur. Kronik hastalıkları etkin bir şekilde yönetmek; hastalık oluşumunu azaltır, ayrıca hastalık oluşuktan sonra hastanın kendi takibini yapabilmesi için öz yeterliliğinin sağlanması hastalığın akut ataklarını etkileyerek acil sağlık hizmetlerine başvuruları ve hastaneye

yatışları azaltır. Böylelikle hastaların yaşam kalitesi artar bununla birlikte sağlık giderleri de azalır. Hastaların hastalıkları üzerindeki kontrolünü güçlendirmek sorumluluklarını, öz yeterliliklerini arttırmak; kendi tedavilerine katılımı ve toplum sağlığının gelişmesini sağlar (Demirci, 2021).

2.2. Sağlık Okuryazarlığı

2.2.1. Sağlık okuryazarlığının tanımı ve önemi

Sağlık; ilk defa 1948 de DSÖ anayasasında yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı değil fiziksel sosyal ve zihinsel tam bir iyilik hali olarak tanımlanmış ayrıca temel bir insan hakkı olarak kabul edilmiştir. Buna bağlı olarak tüm insanlar temel sağlık kaynaklarına erişebilmelidir. Temel hak olan sağlığı teşvik eden, sürdüren bilgiye erişme anlama yeteneğini sağlayan bilişsel ve sosyal becerilerin tamamı 1998 yılı sağlığı geliştirme sözlüğünde sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmıştır. SOY kişisel yaşam tarzlarını değiştirerek bireyin ve toplumun sağlığını iyileştirmek ve geliştirmek için bilgi beceri ve güven düzeyine uzanabilmeyi hedeflemektedir. SOY yaş, cinsiyet, ırk, eğitim seviyesi, gelir seviyesi gibi sosyodemografik özelliklerden, etnik grup, göçmen olmak, dil gibi sosyo kültürel özelliklerden, sosyal destek yokluğu, özyeterlik gibi psikososyal durumdan ve genel okuryazarlık seviyesinden doğrudan etkilenmektedir (Nutbeam, 1998; Rheault vd., 2019; Halıcı, 2020).

SOY ilk defa 1974 yılında “Healt Education as Social Policy” isimli makalede geçmiş ve bu tarihten itibaren farklı şekillerde tanımlanmaya ve tartışılmaya devam etmiştir. İlk olarak sağlık hizmeti bağlamında okuryazarlığın rolünü incelemek için kullanılmış ve okuryazarlık düzeylerinin sağlık sonuçlarıyla bir bağlantısı olduğu ortaya konulmuştur. Ayrıca SOY ilk olarak bir sağlık hizmeti bağlamında bireyin okuryazarlık becerileri olarak tanımlanıp sadece sağlıkla ilgili materyal okuma anlama ve gereklilikleri yerine getirme olarak algılansa da zamanla gelişmiş ve daha geniş bir şekilde bireylerin bilinçli sağlık kararları vermesi için sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, anlama değerlendirme kullanma ve yorumlama becerileri olarak genişletilmiştir. Hem bireylerin hem de sağlık kuruluşlarının ve profesyonellerinin performansının arttırması, sağlıkla ilgili müdahale ve performans geliştirilmesi için kritik bir öneme sahiptir (Van der Heide vd., 2018; Akagündüz, 2022).

İnsanların, sağlığın geliştirilmesinde, teşvikinde ve yönlendirilmesinde etkili olabilmeleri için karar verme ve uygulama süreçlerinin merkezinde olması gerekmektedir. Bu nedenle

SOY bilgiye erişme ve uygulamada katılımı teşvik eder ve toplumların güçlendirilmesini esas alır (Nutbeam, 1998).

2021 yılında DSÖ SOY’u insanların kendileri ve çevresindekiler için sağlıkta esenliğe ulaşmak amacıyla bilgi ve hizmete erişmelerini anlamalarını değerlendirmelerini ve kullanmalarını sağlayan, sağlıkta bilinçli kararlar vermek için kritik öneme sahip olan bir kavram olarak tanımlar. Bununla birlikte sağlığın geliştirilmesi konusundaki sağlık eğitiminin gözlemlenebilir somut bir sonucudur. SOY sadece bireylerin sorumluluğunda değildir. Devlet, sivil toplum kuruluşları ve sağlık hizmetleri de dahil olmak üzere tüm sağlık bilgisi sağlayıcıları ve birçok sektörün ortak sorumluluğundadır. Bireylere ve topluma bilgi sağlayanlar açık anlaşılır ve uygulanabilir bilgi sağlamalıdır.

SOY; web sitelerine erişmek, broşürleri okumak ve öngörülen sağlık davranışlarını takip etmekten çok daha fazlasını ifade eder. Sağlık bilgileri ve kaynakları hakkında eleştirel yargıda bulunma becerisinin yanı sıra sağlığı geliştirmek için ihtiyaçlarını ifade etme becerilerini de içerir. Yüksek SOY, insanların anlaşılabilir ve güvenilir sağlık bilgilerine erişmesini ve bu bilgileri etkin bir şekilde kullanma kapasitelerinin genişletmesini hem de insanların kişisel sağlıkları hakkında karar alma konusunda yetkilerini artırarak toplum sağlığının gelişmesinde kritik bir öneme sahiptir. Yeterli SOY sadece bireyin kendi sağlığını geliştirme davranışlarını becerilerini yerine getirmesi değil toplum sağlığını geliştirmek için de sosyal girişimlerde de bulunmasını sağlar (Nutbeam, 2008; DSÖ, 2021).

DSÖ Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonun' da yayınlanan bir bildiride okuryazarlığın hem zengin hem de fakir ülkelerde sağlıkta eşitsizliklerin belirlenmesinde “merkezi bir role” sahip olduğu tespit edilmiştir. Okuryazarlık, sağlık sonuçlarını da etkilemektedir.

Nutbeam üç tür SOY’dan söz etmiştir (Nutbeam, 2008). Bunlar:

“Fonksiyonel SOY; Bireylerin temel okuma yazma becerilerine dayanan sağlıkla ilgili materyalleri okuyup anlayabilmesidir.

Etkileşimli SOY; Bireylerin okuduğunu anlayıp bulunduğu ya da değişen durumlara göre yorumlama ve uygulama kabiliyetine sahip olabilmesidir.

Eleştirel SOY; Birey sağlık bilgilerini okur analiz eder yorumlar ve sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerine göre davranışlarını şekillendirerek hayatı üzerinde daha fazla kontrole sahip olabilmesidir.”

SOY yaşa ve kişiye özel sağlık bilgisinin geliştirilmesine, bu bilgiyi insanların sağlıkları ve sağlıkla ilgili kararları üzerinde daha fazla kontrol sahibi olmalarında uygulamak için gerekli öz yeterliliğe odaklanır (Nutbeam, 2008).

Bireylerin kaliteli bir yaşam sürmesi için hastalığını bilmesi, kendi ve çevresindeki insanların sağlıkları üzerinde doğru kararlar verebilmesi, hastalık yönetimini sağlayabilmesi bunlar için gerekli olan sağlık sistemini etkili olarak kullanabilmesi ile mümkündür. Bu ise ancak bireylerin SOY seviyesinin artırılmasıyla sağlanabilir. SOY bireylerin sağlıklı geçirdiği yaşam yılını arttırır, sağlık hizmetine ulaşımı kolaylaştırarak bireyin ve toplumun yaşam kalitesini yükseltir (Halıcı, 2020).

SOY sağlığın sürdürülmesi korunması ve geliştirilmesi için erken tanıda önemli olan taramaların yaptırılması ve hastalıkların önlenmesinde etkili olan aşılamanın sağlanması gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlar. Ayrıca hastalıklarda bireylerin sağlıklarıyla ilgili kararlar alıp uygulamasını sağlayarak öz yeterliliklerini artırıp sağlık hizmetlerindeki yoğunluğu azaltır. Sınırlı SOY sağlık hizmetlerinin yıllık sağlık giderlerini %3 ile %5 oranında etkilemektedir (Eichler vd., 2009).

Türkiye de sağlık harcamaları 1999 yılında 4 milyar 985 milyon TL iken 2013 yılında 84 milyar 390 milyon TL'ye ulaşmıştır. Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı 1999 yılında %4,8 iken, 2013 ve 2014 yıllarında %5,4 olmuştur (Uğrak vd., 2016).

Halıcı (2020)'ya göre; ABD' de ise 2003-2006 yılları arasındaki sağlık giderlerinin 106 milyar dolardan 206 milyar dolara yükselmiştir. Sağlık harcamalarındaki bu artış sağlık sistemindeki yükün artmasına sebep olmuştur. Sağlık giderlerinin ve sağlık sistemindeki yükün artması SOY'nın önemini giderek arttırmıştır.

İletişim, kişiler arasındaki karşılıklı aktarımdır ve kişilerin birbirini anlamasıyla sağlanır. Sağlık hizmetlerinde iletişim bireylerin hizmetlerden etkili bir şekilde yararlanabilmesini sağlar. Hastanın belirti bulgu ve şikayetlerini doğru aktarabilmesi verilen tedaviyi, önerileri anlaması ve uygulaması gerekmektedir. SOY'nın düşük olması bireylerde bilgiyi anlama, talimatları uygulama, tedaviye uyum, ilaç hesaplamalarında zorlanmaya sebep olur. Bu durum tedaviye uyumsuzluk, sık hastaneye yatış, sık acile başvuru, daha yüksek mortalite ve morbidite oranlarına sebep olur. Hastaya sunulan tedavinin başarıya ulaşması ilk olarak hastanın tedaviyi anlaması ve doğru şekilde uygulamasıyla sağlanabilir. SOY arttıkça bireylerin ve sağlık hizmeti sunucularının arasındaki iletişimde daha kaliteli olacaktır (Parker vd., 2008; Sampio vd., 2015; Nappo vd., 2021).

2.2.2. Türkiye’de ve Dünya’da sağlık okuryazarlığı

SOY; Türkiye’de ve Dünya’da giderek önemi artan bir konudur. Bu nedenle tüm topluluklar da sağlık okuryazarlığını iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Planı’nda dört stratejik amaçtan birisi “Sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek” ve bu amaca ulaşmak için belirlenen hedeflerden birisi de “Bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu artırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirilmesi” olarak belirlenmiştir. 2019-2023 Stratejik Planında ise 6 amaçtan biri “Sağlıklı yaşamı teşvik etmek ve yaygınlaştırmaktır.” Bu amaca ulaşmak için belirlenen hedeflerden birisi de kendi sağlığının öneminin farkında olan, sağlık sistemini etkin olarak kullanan ve sağlık okuryazarlığı yüksek bir toplum oluşturmak olarak belirlenmiştir (URL-1, 2022; URL-4, 2022).

Türkiye’ de Tanrıöver ve diğerleri tarafından Türkiye’nin SOY seviyesinin ölçülmesi için 23 ilde gerçekleştirilen çalışmada Türkiye’nin genel sağlık okuryazarlık indeksi 30,4 olarak bulunmuş, %64,6’sının “yetersiz” (%24,5) veya “sorunlu” (%40,1) SOY kategorilerinde olduğu belirlenmiştir. Yani Türkiye’de ki yaklaşık 56 milyon insanın 35 milyonu yetersiz ya da sorunlu SOY’ a sahiptir (Tanrıöver vd., 2014).

SOY’un yetersiz olması ve sağlık hizmetlerinin etkili kullanılamaması sonucu; sağlıksız yaşam, sağlık hizmetlerine erişememe mortalite ve morbiditedeki artışlar gibi nedenler toplumumuza özel sağlık okuryazarlığını değerlendiren bir araca gereksinimi arttırmış ve bu nedenle 2016 yılında Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)’nin geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Yapılan bu çalışmagrubunda %30,6’sı yeterli ve mükemmel bir sağlık okuryazarlık düzeyine sahipken %69,4’ü sorunlu ve yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyine sahiptir (Okyay, 2016).

Ayrıca Avrupa Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinin de Türkçe diline uyarlama çalışmaları yapılmıştır. Bu çalışmada örneklem grubundaki cevaplayıcıların %57,2 si sorunlu veya yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinde bulunmuştur (Abacıgil, 2016).

Bir diğer çalışma olarak; bir aile sağlığı merkezinde yapılan araştırmada bireylerin sağlık okuryazarlığı seviyesi incelendiğinde, %33,8’inin yetersiz, %42,2’sinin sorunlu/sınırlı, %18,4’ünün yeterli ve %5,6’sının mükemmel SOY seviyesinde olduğu belirlenmiştir (İlgaz, 2021).

Bursa Uludağ Üniversitesi ve Sağlık Bakanlığına bağlı bir aile sağlığı merkezinde kronik hastalarda yapılan araştırma da ise bireylerin yaklaşık %55’i yetersiz veya sorunlu-sınırlı SOY düzeyinde bulunmuştur (Demirci, 2021).

Sekiz Avrupa ülkesinde yapılan SOY araştırması sonuçlarına göre ise; her on kişiden en az %12'sinin yetersiz SOY'a %47'sinin ise SOY'a sahip olduğu görülmüştür. Ayrıca SOY seviyelerinin de ülkeler arasında dağılımı farklılık göstermektedir. Düşük sosyoekonomik durum ve yaşlılık oranlarının yüksek olduğu topluluklarda SOY oranının da daha düşük olduğu gösterilmiştir, Amerika'da yapılan araştırmalarda yetişkinlerin %53'ünün temel SOY'a, %23'ünün sınırlı SOY'a, yaklaşık %15'inin yetersiz SOY'a sahip olduğu görülmüştür (Kutner vd., 2006; Sørensen vd., 2015)

2.2.3. Kronik hastalıklar ve sağlık okuryazarlığı

Doğumla beklenen yaşam süresinin artması ve yaşlanan nüfusla kronik hastaların prevelansı ve kronik hastalıkların mortalite oranları artmaktadır. Dünyadaki kronik hastaların bu ölüm oranlarının azaltılması mümkün olabilir. BOH'lar dünyadaki ölümlerin %74'ünden sorumludur. Bu ölümlerin de %80'inden fazlası kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve solunum sistemi hastalıklarından dolayı olmaktadır. Bu ömür boyu tedavi ve bakım gerektirir. Hastaların tedavilerinin etkili olması; hastalıklarını doğru ifade edebilme, tedavi yönergelerini anlayabilme, hastalıklarıyla ilgili bilgileri değerlendirebilme, ilaç dozlarını hesaplayabilme yeteneklerine sahip olmasını gerektirmektedir. Kronik hastaların öz yeterlilikleri ve hastalık yönetimlerinin sağlanması sağlık okur yazarlığının artmasında katkı sağlamakta ve sağlık okuryazarlık düzeyini arttırmaktadır (Çifçi, 2015).

Kronik hastalıkların ortaya çıkmasında sedanter yaşam, sağlıksız beslenme, sigara ve alkol gibi alışkanlıklar etkilidir. Bireylerin sağlıklı yaşam tarzını benimsemeleri ve uygulamaları sağlanarak sağlığın geliştirilmesi gerekmektedir. Sağlıklı yaşam sadece kronik hastalıklardan korunmayı değil yaşam boyu kaliteli yaşam sürdürmeyi sağlar. Sağlığın korunması sürdürülmesi ve tedavi aşamalarında tüm bilgi, beceri ve davranışların var olması uygulanması için gerekli yetenek SOY'dır (Halıcı, 2020).

Kronik hastalıkların sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olmaları; tekrarlı hastaneye yatış, ilaç ve tedaviye uyumsuzluk, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha az kullanılmasına sebep olarak hem bireyin hem de toplumun sağlık düzeyini, yaşam kalitesini düşürmektedir. Ayrıca düşük SOY kronik hastalıkların sayısının ve kontrolünün artmasına sebep olarak sağlık giderlerinde ve kaynak giderlerine artışa sebep olur (Halıcı, 2020; Demirci, 2021). Kötü sağlık sonuçları ve kontrol edilemeyen kronik hastalıkların, SOY ilişkisi bazı araştırmalarla ortaya konulmuştur (Liu ve ark, 2020).

Örneğin; yetersiz SOY diyabetli bireylerde kontrol edilemeyen kan glikoz seviyelerine, daha fazla retinopatiye, astımlı hastalarda bilinçsiz inhaler kullanımına, acil başvurularının ve tekrarlı hastaneye yatışların artmasına sebep olmaktadır. 2022 yılında Akagündüz'ün yaptığı araştırmada araştırmaya katılanların %76,4'ünde astımın kontrol altında olmadığı ve yine araştırmaya katılanların %60,6'sının sorunlu sınırlı SOY'na sahip olduğu tespit edilmiş ve astım kontrol testi puan ortalamaları ve SOY arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalar göstermektedir ki kronik hastalıkların ortaya çıkması, tanı ve tedavi süreçlerinde yetersiz ve sınırlı SOY; kronik hastalıkların prevelansını, kronik hastalık görülme yaşını, tedavinin başarılı ilerlemesi ve sonuçlanmasını, hastalıklarla baş etmeyi, mortalite ve morbiditeyi etkilemektedir (Yılmazel, 2016; Eker, 2021; Akagündüz, 2022).

2.3. Akılcı İlaç Kullanımı

2.3.1. Akılcı ilaç kullanımı ve tanımı

İlaç; DSÖ'ye göre; fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları insanın yararı için değiştirmek veya incelemek amacı ile kullanılan ve kullanılması öngörülen herhangi bir madde veya üründür. İnsan hayatında sağlığın korunmasında ve tedavisinde önemli bir yere sahip olan ilaçlar hastalıklardan koruyucu ve tedavi edici özelliklere sahiptir. Fakat yanlış ve uygunsuz kullanıldığında insan yararına kullanılan ilaçlar insan hayatın sonlanmasına bile sebep olabilirler (Deniz, 2019).

Günümüzde yaşam süresinin artmasıyla yaşlı nüfusun artması, kronik hastalıkların artması, sosyoekonomik ilerleme gibi sebeplerle ilaçların ve sağlık teknolojilerinin kullanımının arttığı görülmektedir (Jullyana vd., 2012). İlaç tüketiminin artması buna bağlı sorunları da giderek arttırmaktadır. Dünya nüfusunun üçte birinin ilaçlara ulaşamadığı kabul edilirse, ilaçların uygun şekilde yazılması kullanılması ve boşa kullanımının önlenmesi oldukça önemlidir. İlaç kullanımında bireyler doz ayarlayamama, reçetesiz ilaç kullanma, ilacı zamanında almama, ilacı unutma gibi problemlerle karşı karşıya kalmaktadır. Bu durumlarda tedaviden istenilen sonuç alınamamaktadır. Tedavinin etkin bir şekilde sürdürülmesi ve ilaçların bireye fayda sağlaması için ilaç tedavisinin planlanması ve takip edilmesi gerekmektedir. Bu aşamada da AİK ortaya çıkmakta ve uygulanması gerekmektedir.

İnsanların reçetesiz ilaç alabilmeleri, teknoloji ve sosyal medyadan hızlı ve farklı bilgilere ulaşabilmeleri, değişen sağlık politikaları bireylerin daha bilinçsizce davranmasına, gereksiz ve kendi kendine ilaç kullanımına sebep olmaktadır. Özellikle gelişmekte olan

ülkelerde sağlık harcamalarının %50 den fazlası bireysel harcamaların %60-80'i ilaçlara gitmektedir (Awad vd., 2007; Deniz, 2019; Büyükbayram, 2021).

2013 yılında 7,83 trilyon ABD doları olan küresel sağlık harcamalarının 2040'da 18,28 trilyon ABD dolarına yükselmesi beklenmektedir. Kişi başına düşen sağlık harcamaları düşük ve orta gelirli ülkelerde daha düşüktür ve uluslararası olarak belirlenmiş sağlık harcaması hedeflerini karşılayamamaktadır (Dieleman vd., 2016). Sağlık Bilişim Enstitüsü raporuna göre Amerika Birleşik Devletleri'nde 2020 yılında ilaç harcamalarının 2015 yılına göre %34 artacağı açıklanmıştır (Eser, 2021).

Türkiye'de ise sağlık harcamaları 2020 yılında bir önceki yıla göre %24,3 artarak 249 milyar 932 milyon TL'ye yükselmiştir. 2019 yılında 2 bin 434 TL olan kişi başı sağlık harcaması 2021 yılında %23,1 artarak 2 bin 997 TL'ye yükselmiştir (URL-5, 2022).

Giderek artan sağlık harcamaları uygun olmayan ilaç kullanımını tüm dünyayı ilgilendiren küresel bir problem haline getirmektedir. 1985 yılında Nairobi'de yapılan DSÖ toplantısı "Akılcı İlaç Kullanımı" çalışmaları için başlangıç sayılmaktadır. Bu toplantıda AİK; hastaların ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun kendi bireysel ihtiyaçlarını karşılayan dozlarda, yeterli bir süre boyunca, kendilerine ve topluma en düşük maliyetle kullanmalarını sağlayan kural ve uygulamaların tamamıdır" diye tanımlanmıştır (Çakmak, 2021).

İlaç hataları önlenabilir olaylar olduğundan ülkemizde ve tüm dünyada bunların önlenmesi için stratejiler oluşturulmalıdır. Bunların en önemlilerinden birisi AİK'dir. İlaçların etkili, güvenli, uygulanabilir ve düşük maliyetli olması gerekmektedir (Krähenbühl-Melcher, 2007).

AİK için de uzun ve kısa vadeli stratejilerin formüle edilmesi gerekmektedir. Maliyeti düşürmeye ve ulusal yönergeler geliştirmeye yönelik hükümet politikaları oluşturulmalıdır. İlaçlarda veri ve formülasyon eksiklikleri giderilerek etiket (Prospektüs) dışı kullanım engellenmelidir. Prospektüsler yenilenmeli hekimlerin değil hastaların anlayacağı şekilde açık ve anlaşılır olmalıdır. Düşük maliyetli tedavi ve ilaç üretimi desteklenerek uygun fiyat kontrolü sağlanmalıdır.

AİK; ilacın doğru ve uygun kullanımını içerir. Bunun için ilk olarak hastaya doğru tanı konulması bu tanıya uygun ilaç seçimi, dozu ve süresinin ayarlanmasıyla ila başlar. İlaç seçimlerinin kılavuzlara uygun yapılması ayrıca klinik ihtiyaçlara uygun, toplum ve hasta için en düşük maliyetle ve doğru şekilde dağıtılıp alması sağlanılır (Kshirsagar, 2016). AİK'in sağlanması ve sürdürülmesi; bu konuda toplum bilincinin oluşturulabilmesi için multidisipliner bir yaklaşıma ihtiyaç duymaktadır. Hekim, eczacı, diğer sağlık personeli,

hasta/ hasta yakını, düzenleyici otorite (devlet), meslek örgütleri, ilaç firmaları ve diğer (Medya, Akademi vb.) grupların akılcı ilaç kullanımı tarafları olarak sorumlulukları bulunmaktadır.

Dünyada tüm ilaçların %50'sinden fazlasının doğru ve uygun şekilde reçete edilmemekte dağıtılmamakta veya satılmamaktadır. Ayrıca hastalarında %50'si ilaçlarını doğru şekilde almamaktadır (DSÖ, 2002; URL-6, 2022). Bu durum AİK önemini her geçen gün arttırmaktadır. İlaçların akılcı kullanımı, insan sağlığına, çevre sağlığı, ülke ekonomisine, kaynakların gereksiz yere kullanılmamasına, çevre kirliliğinin azalmasına katkı sağlamaktadır. Akılcı ilaç kullanımı ilaç israfının önüne geçmektedir. Dünyada ve ülkemizde akılcı olmayan ilaç kullanımı nedeniyle birçok ilaç israfı olmaktadır. 2006 yılında Ankara Ticaret Odası tarafından yapılan İlaç İsrafı Raporuna göre eczanelerdeki ilaçların %6'sı, evlerdeki ilaçların %60'ının kullanım süresi dolarak çöpe atıldığını belirtmiştir. Bu çöpe giden ilaçların çevreye zararı ve ayrıca da yaklaşık 500 milyon dolarda ekonomik zararı bulunmaktadır. Avrupa ülkelerinde sağlık giderlerinin %10-15'i ilaç harcamalarına ayrılırken bu oran Türkiye'de %40'ın üzerine çıkmaktadır (Pınar, 2012).

Tüm Dünyada DSÖ'nün önerileri doğrultusunda AİK çalışmaları yürütülmektedir. Türkiye'de de 2010 yılında Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü kurulmuş ve 81 ilde temsilcileri belirlenerek tüm Türkiye'de AİK faaliyetlerini yürütülmüştür. Bununla birlikte 2014 yılında "Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017" oluşturulmuş ve uygulamaya konulmuştur. Devam eden süreçte bu planın devamı niteliğinde "Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2018-2022" uygulamaya konulmuştur (Yeniçeri, 2019).

2.3.2. Akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı

İlaçların insan sağlığı için sağladığı faydayı inkâr etmek, yaşam beklentisini de arttırdığını ve bazı hastalıkları ortadan kaldırdığını görmezden gelmek mümkün değildir. İlaçların sağlığı geliştirmek için önemli katkıları olmasına rağmen uygun kullanılmadıklarında da ciddi sağlık sorunlarına da yol açtığı bilinmektedir. DSÖ tüm ilaçların sadece yarısının uygun şekilde reçete edildiğini satıldığını tahmin etmektedir. Geriye kalan yarısı uygunsuz, yanlış reçete edilmekte ve satılmaktadır. Bu durum hastaların yarısının ilaçlarını doğru kullanmadığını gösterebilmektedir. İlaçların aşırı, yetersiz, ya da yanlış kullanımı ilaç israfına, kaynakların düzgün kullanılamamasına sebep olur. Ayrıca bu durum hastaneye yatışları, mortalite morbiditeyi de artırmaktadır.

Bu durumları etkileyecek ya da azaltabilecek en önemli faktör hastanın bilgi ve becerisidir. Hastanın bu bilgi ve beceriye sahip olabilmesi sağlık okuryazarlığı kavramıyla doğrudan ilişkilidir (Nappo, 2021).

Sağlık okuryazarlığı sadece temel okuduğunu anlama becerisiyle sınırlı kalmayıp, okuyup anladığını değişen sağlık koşullarına uyarlayabilmeyi, bilgiyle birlikte tavsiyeler doğrultusunda harekete geçebilmeyi ve eleştirel olarak da durumu analiz edebilme yeteneğine sahip olmayı gerektirir. Böylelikle bireyler reçete edilen ilaçları doğru dozda, doğru sürede, uygun yola kullanır. Sağlık okuryazarlığının yüksek olması akılcı ilaç kullanımını teşvik eder (Eser, 2021). İlaç hataları, ilaç yazma süreciyle başlayan hazırlama, taşıma, uygulama ve bertaraf etme süreçlerinde meydana gelen ve önlenebilen hatalardır. Bu hataların oluşmasını engelleyerek azalmasını sağlayacak stratejiler belirlenmelidir. Bu stratejilerden birisi de bireylerin ve toplumun SOY'un arttırılmasıdır (Krähenbühl-Melcher, 2005; Nappo, 2021).

Dünya nüfusunun artışı ve yaşlanmasına bağlı olarak ilaç kullanımının artması beklenmekte ve bu durum kaynakların daha dikkatli kullanılmasını ve bireylerin karar verme becerilerinin geliştirilmesini ön plana çıkarmaktadır. Bu bağlamda bireylerin SOY düzeylerinin arttırılması bireylerin ilaç kullanım alışkanlıklarını üzerinde olumlu etkiler sağlar. Akılcı ilaç kullanımını ve sağlık okuryazarlığı iç içe kavramlardır, birlikte ele alınması gerekir (Abacıgil vd., 2019).

2.3.3. Kronik hastalıklarda sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı

Kronik hastalıklar bir yıl ve daha uzun süren ömür boyu takip, bakım ve tedavi gerektiren hastalıklar olması nedeniyle bu hastaların hastalık yönetimleri; hastalığıyla ilgili bilgi, beceri sahibi olması ve sağlığı geliştirici davranış ve tutumlar geliştirmesiyle sağlanabilir. Bu durum kronik hastaların SOY'unun yeterli olmasını gerektirir. SOY'u yeterli ve iyi olan bireyler hastalıkları hakkında bilgi edinebilir, sağlık durumlarıyla ilgili kararlar verebilir, verilen yönergeleri doğru algılayıp uygulayarak hastalık yönetimine katkı sağlayabilirler. Artan yaşlı nüfusu ve beraberinde gelen kronik hastalıklar ilaç kullanımını da arttırmaktadır. Sürekli ilaç kullanmak zorunda olan kronik hastalıklarda (diyabet, hipertansiyon, KOAH vb.) AİK ve SOY birlikte ele alınması gereken konulardır. Sağlık okuryazarlığı yeterli olan, öz yeterliliği gelişmiş hastalarda reçete talimatlarını anlama, ilaç dozlarını doğru alma, ilaç alım yollarını doğru uygulama görülmektedir. Bu bağlamda SOY yeterli olan hastalarda AİK ve tedavi uyumunun daha kolay olacağı görülmektedir (Güner vd., 2020).

Kronik hastalıkların çok fazla görülmesi ve ülke ekonomilerine maliyetinin çok yüksek olmasına rağmen birçok risk faktörüyle ilişkilendirilir ve önlenabilir. Ancak özellikle yaşlı nüfusta görülme sıklığı giderek artmaktadır (Aydemir, 2019). 65 yaş üzeri bireylerin %90'ında en az 1; %35'inde 2; %23'ünde 3; %15'inde 4 veya daha fazla kronik hastalık bulunmaktadır. Dünyada ve Türkiye'de her 10 ölümün 7'sinden kronik hastalıklar sorumludur (Uğrak vd., 2016).

DSÖ; 2013-2020 Ulusal Eylem Planı'nda 2025 yılına kadar ulaşmayı planlayan 9 hedef koymuştur. Bu hedeflerden birisi de en çok görülen ilk 4 kronik hastalıktan kaynaklanan mortaliteyi %25 oranında azaltmaktır. (DSÖ, 2018)

Kronik hastalıklarda tedavinin başarılı olabilmesi mortalite ve morbidite oranlarını düşmesi için bireylerin tedaviyi anlaması, ilaç tedavisini doğru uygulaması ve tedavi değişikliklerini yapabilmesi gerekmektedir. Hastaların bu anlamdaki beceri ve davranışları SOY'la doğrudan ilişkilidir. Hastaların ilaç tedavilerinde uyumunun sağlanması, ilaç hatalarının önlenmesi, beslenme düzeni aktivite ve alışkanlıklar gibi konularda tedaviyi ve hastalığı etkileyen risk faktörleri de sağlık okuryazarlığının artırılmasıyla sağlanabilir (Çiftçi, 2015; Akagündüz, 2022).

2.4. Evsel İlaç Atıkları

2.4.1. Evsel ilaç atıkları tanımı

Atık, 02.04.2015 tarihli ve 29314 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanan atık yönetmeliğin madde 4 ve d bendine göre “Üreticisi veya fiilen elinde bulunduran gerçek veya tüzel kişi tarafından çevreye atılan veya bırakılan ya da atılması zorunlu olan herhangi bir madde veya materyal” olarak ifade edilmektedir.

Atık; sahibi tarafından son kullanma tarihinin geçmesi, kirlenmesi, kullanılmak istenmemesi, performans göstermemesi, kalıntı oluşturmaması, elden çıkarılmak istenmesi, yasaklanması vb. sebeplerle atmayı planladığı ya da attığı madde veya nesnelerdir. Atıklar etkileri bakımından zararlı ve zararsız atıklar, yapıları bakımından da katı sıvı ve gaz atıklar olarak sınıflandırılırlar. Katı atıklar ise; evsel katı atıklar, tehlikeli atıklar, tıbbi atıklar, endüstriyel atıklar, inşaat atıkları, tarımsal atıklar ve özel atıklar olarak sınıflandırılırlar (Keskin, 2021).

Evsel katı atıklar; genellikle hane halkı, küçük ticari işletmeler, ofis, okul gibi yerlerden çıkan belediyeler tarafından toplanan ve yönetiminden belediyelerin sorumlu olduğu atıklardır (Gündüzalp, 2016).

Tehlikeli atıklar ise; bileşiminde insan sağlığı ve çevre için tehlikeli bileşenler olan risk oluşturan atıklardır. Patlayıcı, oksitleyici, yüksek oranda tutuşabilen, tahriş edici, zararlı, toksik, kanserojen, korozyif, enfeksiyon yapıcı, üreme yetisini azaltıcı, mutajenik, havayla, suyla veya bir asitle temas etmesi sonucu zehirli veya çok zehirli gazları serbest bırakan madde veya preparatlar kategorisinden herhangi birine sahip olan atıklardır (Gündüzalp, 2016; Keskin, 2021).

Endüstriyel Atıklar; endüstri sektöründe işlenerek ya da tüketilerek kullanılmış olan maddelerden arta kalan ya da endüstriyel işlemler sırasında ortaya çıkan atıklardır.

Özel Atıklar; Radyoaktif, patlayıcı, yırtıcı, parçalayıcı gibi özelliklere sahip teknolojinin gelişimiyle ortaya çıkan piller, boya ve temizlik malzemeleri, radyo aktif atıklar, lastik tekerlekler gibi atıklardır.

İnşaat Atıkları; İnşaat yapımı ya da yıkımı esnasında inşaat faaliyetlerinde doğrudan ya da dolaylı olarak ortaya çıkan atıklardır.

25 Ocak 2017 Tarihli Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'ne göre; Tıbbi Atıklar, sağlık kuruluşlarından kaynaklanan enfeksiyon yapıcı, patolojik ve kesici delici atıklardır. Tıbbi atık üreten sağlık kuruluşları atıkların toplanması, taşınması steril edilmesi ve bertarafında gerekli giderleri kendileri karşılarlar.

Avrupa'da her yıl 3000 milyon ton atığın üretildiği tahmin edilmektedir. Atık oranları ülkelerin ekonomik büyümeleri, kırsal/kentsel nüfus oranları, geri dönüşüm potansiyelleri vb. sebeplerle farklılıklar göstermektedir. Kişi başına düşen evsel katı atık miktarları çoğu Avrupa ülkesinde artmaktadır. Danimarka, İspanya, Hollanda gibi Avrupa ülkelerinde evsel katı atıklarının oranı belediye atıklarının %85'idir. Ayrıca Danimarka, Finlandiya ve İspanya gibi ülkelerde de kişi başına düşen belediye katı atıkları %5 artmıştır (Keskin, 2021).

Türkiye de ise evsel atıklar 2014 yılında yaklaşık 27,13 milyon ton, 2018 yılında ise yaklaşık 29,6 milyon ton civarındadır. 2023 yılında ise bu miktarın 33 milyon ton olması beklenmektedir (URL-7).

Dünyada giderek artan atıklar küresel bir çevre sorunu haline gelmektedir. Özellikle artan zararlı atıklar artan çevre problemlerini de beraberinde getirmektedir. Evsel atıklar genellikle zararsız atıklar olarak düşünülse de evlerde kullanılan temizlik maddeleri, pestisitler, ilaçlar bu ürünlerden bazılarıdır ve evsel zararlı atık adını alırlar (Cot vd., 2019).

İlaç atıkları tıbbi atıklardır, tıbbi atıkların kontrolü yönetmeliği kapsamındadır. Sağlık kuruluşları tıp fakülteleri, diş hekimliği fakülteleri ile hekimlik eğitimi veren, araştırma

yapan, kan ile ilgili çalışmalar yürüten merkez, istasyon, tahlil laboratuvarlar, sağlık ocakları, veterinerler gibi benzer sağlık kuruluşları Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği kapsamında sorumlu tutulmaktadır (Ertaş, 2019).

Evlerde bulunan ilaçlarında içinde bulunduğu evsel tehlikeli atıklar insan sağlığını tehlikeye atan ve evre için potansiyel zararlı maddeler içeren katı atıkların bir unsurudur. Evsel tehlikeli atıklar için çeşitli ulusal sınıflandırmalar olsa da evsel atıkların bir kategorisinde yer almakta ve genellikle tehlikesiz evsel atıklarla beraber toplanmaktadır. ABD’ de yapılan bir çalışmaya göre tehlikeli atıklar evsel atıkların %0-0,5’ ini oluşturmaktadır (Slack, 2004).

İlaçlar insanlarda hastalıkları nleme ve tedavi etmede çok önemli bir ajan olsa da ilaçların farmasötik atıkları evre kirliliğine sebep olan kirleticiler arasındadır. İlaçların kendisi insan sağlığı için fayda sağlarken atıkları da insan sağlığını tehdit etmektedir (Ariffin, 2019).

DSÖ ilaç yönetiminde finansal harcamaları azaltmayı, israfı nlmeyi, erişimi arttırmayı, uygun şekilde kullanımı amaçlar ve ilaç seçimi, satın alma depolama dağılım ve kullanım da dahil olmak üzere birçok aşamayı içerir. Ancak evler de ilaç yönetimiyle ilgili kullanılmış ve süresi dolmuş ilaçların atılması, bertarafı ya da geri dönüşümü ile ilgili kesin uygulamalar bulunmamaktadır (Luo, 2021).

Gelişen teknolojiyle birlikte tıptaki ilerlemeler ve zenginleşen toplumlar, doğumla beklenen yaşam süresinin artmasına ve toplumların yaşlanmasına sebep olmaktadır. Yaşlanan dünya nüfusunda yaşla birlikte kronik hastalıklarda artmaktadır. Kronik hastalıklar ilaç kullanımını da arttırmaktadır (Luo, 2021; Rogowska, 2022).

İngiltere’de 2008 yılında reçete edilen ilaçlar 852 milyondan 2018 yılında 1.1 milyarın üzerine çıkmıştır. Amerika’da ise son 10 yılda %21 lik nüfus artışına rağmen reçeteler %85 oranında artmıştır. Tüm dünya da ise 2020 yılından 2026 yılına kadar reçete satışlarının %7,4 oranında büyüyeceği tahmin edilmektedir (Watkins vd, 2022).

Tüm dünyada ilaç endüstrisinin sürekli ve hızla gelişmesi küresel ilaç harcamalarını %2-5 oranında arttırarak 2024 yılında 1,1trilyon doları açarak yıllık üretim 100.000 tonun üzerine çıkması beklenmektedir. İlaç kullanımındaki bu artış ilaçların farmstatik atıklarının da artışını beraberinde getirecektir (Watkins vd., 2022). İlaçların kullanımının artması sonucunda çevreye etkileriyle ilgili endişeler de artmaktadır. Farmstatiklerin çok düşük (milyarda bir kısmı) miktarı bile evre kirliliğinden sorumlu olabilir (Glassmeyer vd.,2009).

Her yıl 15.000 ton son kullanma tarihi geçmiş ilaç birikmekte ve bu ilaçlar hem ekonomide hem de çevre sağlığı üzerinde olumsuz etkilere neden olmaktadır (Luo, 2021). İlaç atıklarının artması ve yönetiminin uygun şartlarda yapılmaması çevre kirliliği için önemli bir risk oluşturmaktadır. “Bu atıklar farmasötiklerin üretimi esnasında oluşan atıkların doğaya salınımıyla, kullanılmayan ilaçların evsel atıklarla atılması ya da lavaboya tuvalete boşaltılmasıyla ve bireyler tarafından yutulan, topikal olarak kullanılan ya da diğer yollarla alınan ilaçların metabolize edilerek ya da edilmeyerek vücuttan atılım süreci sonucu atık sularla kanalizasyona gitmesi; yoluyla çevreye girer ve insan sağlığını tehdit altına alırlar”. Sadece insan sağlığını etkilemekle kalmaz tüm ekosistemi etkilerler (Arrifin, 2019; Watkins, 2022).

Kullanılmayan evde saklanan ilaçlar çevre sağlığı için büyük bir risk oluşturmaktadır. Kullanılmayan bu ilaçların evsel atık olarak çöpe atılması sonucunda, insanlar ve vahşi hayvanlar bu atıktaki zararlı maddelere evde, çöpte beklerken ve çöp sahasında maruz kalabilirler (Glassmeyer vd, 2009). Ayrıca tüm ekosistemi etkileyen ilaç atıklarına insanların içme suları, besinler ve diğer yollarla maruziyeti insan sağlığını olumsuz etkilemektedir. Dünya da su ve toprakta artan östrejen miktarı ile meme kanseri ve antibiyotik direncinin gelişmesi arasında bir bağlantı olduğu düşünülmektedir. Sadece insan sağlığı üzerinde değil suda yaşayan canlılarda da anomalilere sebep olurlar (Lima vd., 2020; Ariffin, 2019).

Amerika Birleşik Devletleri’nde Potomac Nehri Havzasındaki çalışmalar kimyasal ilaç atıklarının nehirdeki balık ölümleri ve yüksek balık üreme problemleri prevelansı ile bağlantılı olduğunu göstermiştir. Çevreye kirliliğine sebep olan antibiyotikler sadece doğrudan toksik etki yapmakla kalmayacak bununla birlikte uzun vadede de insan sağlığı için gelecekte ciddi bir problem oluşturacak antibiyotiğe karşı dirençli mikroorganizmaların oluşmasını ve yayılmasına sebep olacaktır (Luo, 2021).

Adana Çukurova bölgesinde yapılan bir araştırmada her hane de ortalama 4,26 ilaç bulunmaktaydı. Evlerde bulunan kullanılmayan ilaçlarında %93,5’ inin kutusuyla birlikte çöpe atıldığı bildirilmiştir (Çot vd., 2019). Çin’ de yapılan başka bir araştırmada nüfusun dörtte üçünün evinde istenmeyen kullanılmayan ilaçlar var ve her evde ortalama 138,4 gr ilaç depolanmaktadır ve insanların yarısından fazlası (%53,9) kullanılmayan ilaçlarını evsel katı atıklarla atmaktadır (Chung, 2019).

Malezya’da yapılan araştırma da ise; kullanıcıların %63,1 evsel ilaç atıklarını katı atıklarla çöpe, %2,9’u doğrudan kanalizasyona %8,8 i de mutfak ya da tuvaletteki lavabolara döktüğünü bildirilmiştir (Ariffin, 2019).

İngiltere’de yapılan bir diğer araştırmada sonuç olarak; araştırmaya katılanların %98,2 sinin evinde ilaç olduğu, %63,2 sinin bu ilaçları evsel atıklarla, %11,5 inin lavabo veya tuvalete döktüğünü göstermektedir (Bound, 2005).

İsrail’de ise evsel ilaçların sadece %14 ü eczanelere geri iade edilmekte, geriye kalanı ise çöpe ya da kanalizasyona atılmaktadır (Barnett vd., 2016).

Polonya’da akılcı ilaç kullanımı ve kullanılmayan ilaçların imhasının da bilgi düzeyi ile etkisini araştırmak için yapılan ön çalışma anketlerinde; birinci anket tüm Polonyalılarından seçilen gruba, ikinci anket ise evde kullanılmayan ilaçları bırakabilecekleri eczane hastane gibi yerlerdeki kişilere uygulanmıştır. Genel halka yapılan ankette Polonya’da kullanılmayan son kullanma tarihi geçmiş ilaçların %68’i evsel katı atıklarla veya kanalizasyona atıldığı rapor edilmiştir (Rogowska vd., 2019).

Türkiye’de ve dünyada yapılan araştırmalar; çevre sorunlarının kaynağından birisinin evsel ilaç atıklar olduğunu ortaya koymuştur. Çevre sorunlarının temelinde çevrenin bilinçsizce korunmayıp kirletilmesi yatmaktadır. Evsel ilaç atıklarının evsel katı atıklarla atılması ya da lavabolara dökülmesi kanalizasyona atılması su ve toprak kirliliklerine sebep olmakla birlikte tüm ekosistemi etkileyecektir. Ayrıca evlerde depolanan ilaçlar özellikle çocuklarda zehirlenmelere sebep olabilmekte ya da intihar vakalarında kullanılabilir (Saygı, 2012).

Atık sorunlarının başında da evsel atıkların uygunsuz depolanması gelmektedir. Ülkemizde ve Dünya da toprak ve su kirliliği küresel bir problem olmaya devam etmektedir.

Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, Çevresel Etki Değerlendirmesi İzin ve Denetim Genel Müdürlüğü, 2020 Türkiye Çevre Sorunları ve Öncelikleri Değerlendirme Raporu” na göre; Yerüstü sularının “yerüstü su kalitesi yönetimi yönetmeliği” hükümleri çerçevesinde 2019 verilerine göre %35’i 4. sınıf (çok kirli), %21’i 3. sınıf (kirli), %18’i 2. sınıf (az kirlenmiş) ve %26’sı 1. sınıf (yüksek kaliteli su) sudur. Yerüstü sularının muhtemel kirlenme nedeni 57 adet İl Müdürlüğü’nün sınırları içindeki 370 adet yer üstü suyunun kirlenme nedenleri incelenmiştir. İncelenen yer üstü sularının %74’ünün kirlenme nedeni evsel atık sular ve %52’si de evsel katı atıklardır (URL -8).

Yeraltı sularının, 07/04/2012 tarih ve 28257 sayılı Resmî Gazete ’de yayımlanan “Yeraltı Sularının Kirlenmeye ve Bozulmaya Karşı Korunması Hakkında Yönetmelik” hükümleri çerçevesinde kalite sınıfları belirlenmiştir. 19 adet İl Müdürlüğü ve 91 adet yer altı sularımızda yapılan izlemelerde %69’unun iyi ve %28’inin zayıf olduğu belirtilmiştir. Ayrıca 33 adet İl Müdürlüğümüz ve 140 adet yeraltı suyu ve izleme noktasında yapılan

çalışmada muhtemel kirliliğin nedeni %51'i evsel atık sular ve %29'u da evsel katı atıklar olarak belirlenmiştir. Hem yerüstü hem de yeraltı sularımızda kirlilik sebeplerinde evsel katı atıklar ve evsel atık sular azımsanmayacak kadar etkilidir.

Yüzey sularının kirlenmesinin nedenlerinden birisi de evsel atıklardır. Türkiye'de deniz kirliliklerine de baktığımız da Ege ve Karadeniz'in öncelikli kirlenme nedenleri evsel atıklar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Toprak kirliliğinin birçok nedeni bulunmakla birlikte vahşice depolanan evsel ve tehlikeli atıklar tüm Türkiye de toprak kirliliğine neden olan etmendir. Toprak ekolojik dengenin temelidir ve önlenmesi için düzensiz depolama ve uygunsuz bertarafın önüne geçilmelidir (URL-9).

Toprak ve su kirliliklerinin ana nedenleri arasında evsel atıklar bulunmaktadır. Evsel atıklarla birlikte atılan evsel ilaç atıklarının oranları çok küçükte olsa bu atıklar çevre kirliliğinden sorumludur. Ülkeler bazı yasalar ve eylemlerle çevreyi insan sağlığını kimyasallara maruz kalmaktan korumaktadır. Amerika Birleşik Devletleri Çevre Koruma Ajansı, Kaynak Koruma ve Geri Kazanım Yasası, Temiz Su Yasası gibi bir dizi eylem yoluyla insan ve çevre sağlığını kimyasallara maruz kalmaktan korumaya çalışmaktadır. İlaç atıklarını çöpe ya da kanalizasyona atmak; insanların ve hayvanların bu atıklardan etkilenmesine sebep olur. İlaç imhası için daha geniş çaplı optimal ve sürdürülebilir bir çözüm yolu bulunmalıdır. Bu çözüme; reçete edilen ve dağıtılan ilaçların insidansının azaltılması için sağlık sisteminde bazı değişiklikler yapılarak başlanılabilecektir (Glassmeyer vd., 2009).

2.4.2. Evsel ilaç atıkları ve akılcı ilaç kullanımı

Ülkemizde ve dünyada doğumla beklenen yaşam süresinin artmasıyla artan yaşlı nüfusu sosyo ekonomik ilerleme gibi sebeplerle kronik hastalıklar artmakta ve bu durum ilaçların kullanımını arttırmaktadır (Jullyana vd., 2012). İlaçların bireye fayda sağlaması için doğru ve uygun kullanılması gerekmektedir. Tedavinin etkin sürdürülmesi ve takip edilmesi gerekmektedir. Bunun sağlanabilmesi için ilaçların akılcı kullanılması gerekmektedir. Akılcı ilaç kullanımı gereksiz ilaç kullanımını engelleyecek, tedavinin yarım kalmasının önüne geçerek gereksiz ilaç birikmelerini önleyecektir (Büyükbayram, 2021). Tüm dünyadaki ilaç kullanımının artmasıyla birlikte ilaç üretimi ve harcamaları da artmaktadır.

Son kullanma tarihi geçmiş bu ilaçlar farmasötik atıklardır ve tıbbi atık yönetmeliğine uygun şekilde atılmalı ve bertarafı sağlanmalıdır. Ülkeler bazı yasalar ve eylemlerle

çevreyi insan sağılığını kimyasallara maruz kalmaktan korumaktadırlar. Fakat ölkemizde ve dünyada evlerde bulunan son kullanma tarihi geçmiş ilaçlarla ilgili genel bir uygulama bulunmamaktadır.

DSÖ ilaç yönetiminde birçok aşamasında farklı uygulamaları olsa da evler de kullanılmış ve süresi dolmuş ilaçların atılması, bertarafı ya da geri dönüşümü ile ilgili kesin uygulamalar bulunmamaktadır (Watkins, 2022).

Bireylerin, fazla ilaç istemesi, tanıyla uygun olmayan ilaç kullanımı, uygunsuz antibiyotik kullanımı, reçetesiz ilaç kullanımı, ilaç başlama ve bırakmaya kendilerinin karar vermeleri gibi uygulamalar akılcı ilaç kullanımını engelleyerek akılcı olmayan ilaç kullanımına sebep olmaktadır (Sürmelioglu vd., 2015).

Akılcı olmayan ilaç kullanımları sonucunda; ilaçların yan etkilerinin görölmesi, ilaç bitmeden iyileşen hastanın ilacı bırakması, hastanın tekrar ve yeni reçete yazdırması ya da hastalık süresinde doktor ve tedavinin değışmesi ya da hastanın ölmesi gibi nedenlerle evlerde ilaç birikmektedir.

Önlenebilir olan bu ilaç atıklarının azaltılması için öncelikle akılcı olmayan ilaç kullanımı azaltılmalı ve beraberinde atık ilaçların uygun şekilde bertarafı sağılanmalıdır. Evsel ilaç atıklarının azalması için evde ilaç yönetimi sağılanmalıdır. Bunun için; (Watkins, 2022; Luo, 2021)’ a göre;

“İlaç seçimi; hastalar ilaç seçimlerini doktor tavsiyesi ile yapmalı,

Satın alma; aynı tür ilacın birçok üreticisi vardır bu durumda önemli olan ilacın bulunabilirliğı ve fiyatı esas alınarak yapılmalı,

Kullanımı; İlaçlar uygun dozlarda doktor tarafından önerildiğı şekilde kullanılmalı

Depolama; İlaçların ambalaj içeriklerinin miktarı uygun olmalı ve eczanelerin promosyonları fazla olmamalı. Hastalar evde depoladıkları ilaçların son kullanma tarihlerini kontrol etmeli ve ayırmalı,

İlaçların bertarafı; kullanılmayan ya da son kullanma tarihi geçmiş ilaçların bertarafı için uygun yollar seçilmeli ve uygulanmalıdır.” Bu basamakların hepsi efektif bir şekilde uygulanarak her biri arasındaki etkileşimde sağılanmalıdır (Watkins, 2022; Luo, 2021).

Kullanılmayan ve istenilmeyen ilaçlar uygun şekilde yönetilmediklerinde önemli bir halk sağığı sorunu olan çevre kirliliğine yol açarak tüm ekosistemi etkilerler. Ölkemizde 09.08.1983 tarihli ve 2872 sayılı Çevre Kanunu’nda da belirtildiğı gibi; “bütün canlıların ortak varlığı olan çevrenin, sürdürülebilir çevre ve sürdürülebilir kalkınma ilkeleri doğrultusunda korunmasını sağılamak.” amaçlanmıştır. Buna ilaveten aynı kanunun 8. maddesiyle özetle atık ve artıkların çevreyi kirletmesini yasaklanmaktadır.

Çevrede ilaç atıkları gibi atıklardan dolayı aktif farmasötiklerin bulunması küresel bir sorundur. AİK ilaçların uygun yönetimini sağlayarak daha güvenli ve etkili ilaç kullanımını teşvik edecek ve atık yönetiminde esas teşkil eden, atıkların önlenmesi ve azaltılmasına katkı sunacaktır (Luo vd., 2021).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kronik hastalığı olan bireylerin akılcı ilaç kullanımı, sağlık okuryazarlığı ve evsel ilaç atık farkındalık düzeyini belirlemeye yönelik olarak yapılan tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; Ekim 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında Sinop Atatürk Devlet Hastanesi İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Endokrinoloji ve Kardiyoloji Polikliniklerine başvuran toplam 478 kronik hasta ile yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Sinop Atatürk Devlet Hastanesi İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Endokrinoloji ve Kardiyoloji polikliniklerine başvuran 18 yaş üzeri hastalar oluşturmaktadır. Son bir yılda İç Hastalıkları polikliniğine toplam başvuru sayısı 18745; Endokrinoloji polikliniğine 2012; Kardiyoloji polikliniğine 10115; Göğüs Hastalıkları Polikliniğine 7843 kişidir. Tüm bu birimlerden hizmet alan yaşlı sayısı toplamda 38715'dir. Örneklem seçimi evrendeki birey sayısı bilindiği için evreni bilinen örneklem yöntemi ile belirlenmiştir. Örnek büyüklüğünü belirlemede, yapılan bir araştırmanın bildirdiği akılcı olmayan ilaç kullanım oranından (%66) yararlanılmıştır (Ekenler ve Koçoğlu, 2016). Örneklem girecek bireylerin sayısını belirlemek için $n = N \cdot t^2 \cdot p \cdot q / d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q$ formülü kullanılmıştır. Yapılan hesaplamada; $n = 38715 \times (1,96)^2 \times 0,66 \times 0,34 / (0,05)^2 \times (38715 - 1) + (1,96)^2 \times 0,66 \times 0,34 = 341,78$ bulunmuş ve örnek büyüklüğü 342 kişi olarak belirlenmiştir.

N= Evrenin birey sayısı, 38715 kişi

n= Çalışmaya alınacak birey sayısı

p= İncelenen olayın ortaya çıkma sıklığı: %66 olarak alınmıştır.

q= İncelenen olayın ortaya çıkmama sıklığı: (1-p)

t= Serbestlik derecesin göre yanılma düzeyinde t tablosundan bulunan teorik değer, %95 anlamlılık düzeyinde 1,96 olarak alınmıştır.

d= 0,05 hata payı (%5 sapma)

Araştırma, araştırmanın yapıldığı tarihler arasında araştırma kriterlerine uyan toplam 478 katılımcı ile tamamlanmıştır.

3.4. Araştırmaya Alınma ve Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmanın yapıldığı Ekim 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında Sinop Atatürk Devlet Hastanesi İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Endokrinoloji ve Kardiyoloji Polikliniklerine başvuran bireylerin araştırmaya dahil edilme kriterleri (a) 18 yaş üzeri olup en az bir kronik hastalığı olmak, (b) en az okuryazar olmak, (c) iletişim sorunu olmamak ve (d) araştırmaya katılmayı kabul etmektir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında “Sosyo-Demografik Bilgi Formu”, “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)”, “Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği” ve “Evsel İlaç Atık Yönetimi Farkındalık Formu” kullanılmıştır.

3.5.1. Sosyo-Demografik bilgi formu

Yapılan ilgili literatür incelemesi sonucunda katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (yaş, cinsiyet, kronik sağlık sorunları, genel sağlık durumları, ilaç kullanım bilgilerine ve davranışlarına ilişkin durumlarını sorgulayan sorular) yer alan 22 sorudan oluşmaktadır (Bakımlı 2023; Alpaydın 2022; Büyükkata, 2022; Coşkun vd, 2021; Beggi vd., 2019; Çakmak, 2019; Güven, 2019; Çot vd., 2019; Bostancı, 2019; Bayrak, 2018) (Ek-1).

3.5.2. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin (HLS-EU European Health Literacy Survey) Okyay, Abacıgil ve Harlak tarafından geçerlilik güvenirlik çalışması yapılan TSOY-32 ölçeği, 32 maddeden oluşan, 5’li likert tipte ve “tedavi ve hizmet” ile “hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi” şeklinde iki temel alt boyuttan oluşmaktadır. Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama olmak üzere dört süreç ve toplam sekiz bileşenden oluşmaktadır (THSİBU: Tedavive hizmetle ilgili bilgiye ulaşma, THSİBA: Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi anlama, THSİBD: Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi değerlendirme, THSİBKU: Tedavi ve hizmetle ilgili bilgiyi kullanma/uygulama, HKSGSİBU: Hastalıklardan korunma/ sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiye ulaşma, HKSGSİBA: Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi anlama, HKSGSİBD: Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi değerlendirme, HKSGSİBKU: Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesiyle ilgili bilgiyi kullanma/uygulama). Ölçek puanlaması şu şekilde yapılmaktadır; Çok kolay= 4 puan, kolay= 3 puan, zor= 2 puan, çok zor= 1 puan, fikrim yok= 0 puan. Hesaplama

kolaylığı açısından toplam puan 0-50 arası değer alacak şekilde standardize edilmiştir. Formül=indeks= (aritmetik ortalama-1) x [50/3] şeklinde hesaplanarak elde edilen indeks dört kategoride sınıflandırılmıştır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen puana göre dört kategoride değerlendirilmektedir; (0-25) puan= yetersiz sağlık okuryazarlığı, (>25-33)= sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, (>33-42)= yeterli sağlık okuryazarlığı, (>42-50)= mükemmel sağlık okuryazarlığı (Ek-1). Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmasında Cronbach's alpha katsayısı 0,92 olarak belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0,88 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3. 1 TSOY-32'nin 2x4'lük matris bileşenleri ve bu bileşenlere denk gelen madde numaraları

	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
Tedavi ve hizmet	1, 4, 5, 7	2, 8, 11, 13	3, 9, 12, 15	6, 10, 14, 16
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	18, 20, 22, 27	19, 21, 23, 25	24, 26, 28, 32	17, 29, 30, 31

3.5.3. Akılcı ilaç kullanım ölçeği

Çakmak ve Pakyüz (2020) tarafından geliştirilen Akılcı İlaç Kullanım (AİK) Ölçeği 36 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin davranışsal inançlar, kontrol inançları, tutum, subjektif norm, niyet ve bilgi olmak üzere 6 alt boyutu vardır. Davranışsal inançlar alt boyutu: 9 maddeden oluşmaktadır. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9. maddeler, Kontrol İnançları alt boyutu: 7 maddeden oluşmaktadır. 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16. maddeler, Tutum alt boyutu: 5 maddeden oluşmaktadır. 17, 18, 19, 20, 21. maddeler, Subjektif norm alt boyutu: 2 maddeden oluşmaktadır. 22, 23. maddeler, Niyet alt boyutu: 5 maddeden oluşmaktadır. 24, 25, 26, 27, 28. maddeler, Bilgi alt boyutu: 8 maddeden oluşmaktadır. 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36. maddelerdir. Ölçekten alınan toplam puan 72'dir. Alt boyutlardan ve/veya ölçeğin tamamından alınan puanların artması, hastaların akılcı ilaç kullanım düzeylerinin de artması anlamına gelmektedir. Çakmak ve Pakyüz (2020) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği yapılmış ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0,85 olarak bulunmuştur

(Ek-1). Bizim çalışmamızda ise ölçeğin Cronbach's alpha katsayısı 0,87 olarak hesaplanmıştır.

3.5.4. Evsel ilaç atık yönetimi farkındalık formu

Yapılan literatür incelemesi sonucunda oluşturulan bu form katılımcıların evde ilaç bulundurma, saklama ve atıklarını nasıl attıklarına yönelik oluşturulan 12 soru yer almaktadır (Bakımlı, 2023; Alpaydın, 2022; Coşkun vd., 2021; Beggi vd., 2019; Çakmak, 2019; Güven, 2019; Çot vd., 2019). (Ek-1)

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırma etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra Sinop Atatürk Devlet Hastanesi İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Endokrinoloji ve Kardiyoloji polikliniklerine başvuran hastalara yüz yüze anket tekniği ile uygulanmıştır. Veri toplama formları hastalara, polikliniklerde, araştırmaya katılmak için uygun oldukları bekleme zamanlarında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Araştırma hakkında bilgi verilip aydınlatılmış sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra veri toplama formlarını kendisi okuyup doldurabilecek olan hastalara verilerek doldurması beklenerek yapılmıştır. Anket formunu okumayı ve işaretlemeyi kendisi yapmak istemeyen hastalara sorular okunarak verdiği sözel cevaplar uygun kutucuğa araştırmacı tarafından işaretlenmiştir.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Sinop Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan yazılı izin (Tarih:15.09.2022; Sayı:2022/135-162) alınmıştır (EK 2). Ayrıca araştırmanın yapılacağı Sinop Atatürk Devlet Hastanesi'nden ve hastanenin bağlı olduğu İl Sağlık Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır (EK 2). Araştırma hakkında katılımcılara bilgi verilip aydınlatılmış sözlü ve yazılı onam alındıktan sonra veri toplama formları uygulanmıştır.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS Inc., Chicago, IL., USA) 22.0 paket program aracılığı ile değerlendirilmiştir. Değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler sıklık tabloları, ortalama ve yüzdelik değerler ile sunulmuştur. Ölçek skorlarının normal dağılım gösterip göstermediği test edilmiş olup ölçek skorları normal dağılım göstermediği için non-parametrik testlerle değişkenler arasında karşılaştırma yapılmıştır. Bağımsız iki grup arasındaki verilerin karşılaştırılmasında

Mann-Whitney U testi, ikiden fazla grup arasındaki verilerin karşılaştırılmasında ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Ayrıca evsel ilaç atık yönetimi ile bazı sosyodemografik verileri karşılatırmak için Ki-Kare testi yapılmıştır. TSOY-32 ile AİK ölçeği alt boyutları ve toplam puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için korelasyon analizi yapılmıştır.



4. BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 4.1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan toplam 478 katılımcının yaş ortalaması $65,01 \pm 12,89$ olup %62,3’ü erkek ve %60,5’i evlidir. Katılımcıların çoğunluğu (%54) il merkezinde yaşamaktadır. Araştırmaya katılan bireylerin %29,9’u lise mezunu olup %56,1’i çalışmamaktadır ve %89,5’i gelirinin giderinden az olduğunu belirtmiştir.

Tablo 4. 1 Hastaların sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımları

Özellik	$\bar{X}$	SS
Yaş		
	65,01	12,89
	n	%
Yaş		
65 yaş altı	231	48,3
65 yaş ve üzeri	247	51,7
Cinsiyet		
Kadın	180	37,7
Erkek	298	62,3
Medeni Durum		
Evli	289	60,5
Bekar	189	39,5
Yaşanılan Yer		
İl Merkezi	258	54,0
İlçe	119	24,9
Köy/Kasaba	101	21,1
Eğitim Durumu		
İlkokul	141	29,5
Ortaokul	111	23,2
Lise	143	29,9
Üniversite	83	17,4
Gelir Durumu		
Gelir giderden az	428	89,5
Gelir gidere eşit	50	10,5
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	210	43,9
Çalışmıyor	268	56,1
Toplam	478	100

4.2. Hastaların Alışkanlıkları ve Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları

Araştırmaya katılan bireylerin alışkanlıkları ve sağlık durumlarına göre dağılımları Tablo 4.2’de verilmiştir. Hastaların çoğunluğu sigara (%84,3) ve alkol (%84,7) alışkanlığı olmadığını ifade etmiştir. Hastaların sağlık düzeyini değerlendirmeleri istendiğinde %52,7’si ne iyi ne kötü şeklinde değerlendirirken %27,6’sı kötü, 19,7’si iyi olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların mevcut kronik hastalıkları sorgulandığında çoğunluğunun Hipertansiyon/Kalp Hastalığının olduğu (%75,1) belirlenmiştir. Bunu sırasıyla KOAH (%58,2), Diyabetes Mellitus (%41,8) ve Kas-İskelet Sistemi Hastalığı (%26,2) izlemektedir. Hastaların tamamının sürekli kullandığı ilaçları bulunmaktadır. Halen kullandıkları ilaç dağılımlarına bakıldığında antihipertansifler/kalp ilaçları (%75,1), antiagregan/antikoagülan (%65,7) ve İnhaler/Nebül/Bronkodilatatörler (%58,2) ilk üç sırada yer almaktadır. Katılımcıların çoğunluğu (%86) ilaçlarını düzenli kullandığını ifade etmiştir.

Tablo 4. 2 Hastaların alışkanlıkları ve sağlık durumlarına göre dağılımları

Özellik	n	%
Sigara Kullanma Durumu		
Evet	75	15,7
Hayır	403	84,3
Alkol Kullanma Durumu		
Evet	73	15,3
Hayır	405	84,7
Sağlık Düzeyi		
İyi	94	19,7
Ne iyi ne kötü	252	52,7
Kötü	132	27,6
Kronik Hastalıklarınız*		
Hipertansiyon/Kalp Hastalığı	359	75,1
Diyabetes Mellitus	200	41,8
KOAH	278	58,2
Böbrek Hastalığı	122	25,5
Kanser	35	7,3
Depresyon	52	10,9
Sinir Sistemi Hastalığı	58	12,1
Kas-İskelet Sistemi Hastalığı	125	26,2
Sindirim Sistemi Hastalığı	68	14,2
Romatizmal Hastalıklar	69	14,4
Halen Kullandığınız İlaçlar*		
Antihipertansif/Kalp İlaçları	359	75,1
Antidiyabetik	200	41,8
Antiagregan/Antikoagülan	314	65,7
Analjezik/Kas Gevşetici	179	37,4

Diüretikler	32	6,7
Steroidler	49	10,3
Antidepresan/Anksiyolitik	72	15,1
İnhaler/Nebül/Bronkodilatatörler	278	58,2
Mide İlaçları	151	31,6
Tamamlayıcı ve Destekleyici Bitkisel Ürünler	32	6,7
İlaçlarını Düzenli Kullanma Durumu		
Evet	411	86,0
Hayır	67	14,0
Toplam	478	100

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.3. Katılımcıların Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkili Bazı Özellikleri

Araştırmaya katılan hastaların AİK ve SOY ile ilişkili bazı özellikleri Tablo 4.3’de verilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu akılcı ilaç kullanımı kavramını duyduğunu (%74,1) ve SOY kavramını (%55,0) duymadığını belirtmiştir. Katılımcıların %79,1’i akıllı cep telefonuna sahip olup %42,1’i hergün internete girdiğini ifade etmiştir. Hastaların %40,2’si altıayda/yılda bir kitap bitirdiğini ve sağlıkla ilgili en çok hemşire (%93,5) ve doktordan (%93,1) bilgi aldığını ifade etmiştir. Katılımcılar tarafından herhangi bir sağlık sorununda ilk olarak başvurulacak sağlık kuruluşunun çoğunlukla devlet hastanesi (%80,8) olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.3).

Tablo 4. 3 Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bazı özellikleri

Özellik	n	%
Akılcı İlaç Kullanımı Kavramını Duyma Durumu		
Evet	354	74,1
Hayır	124	25,9
Sağlık Okuryazarlığı Kavramını Duyma Durumu		
Evet	215	45,0
Hayır	263	55,0
Akıllı Cep Telefonuna Sahip Olma Durumu		
Evet	378	79,1
Hayır	100	20,9
İnternet Kullanma Durumu		
Kullanmam	108	22,6
Çok seyrek	77	16,1
Haftada birkaç kere	92	19,2
Hergün	201	42,1

Kitap Okuma Sıklığı		
Hiç okumam	68	14,2
Haftada bir kitap	18	13,8
Ayda/Üç ayda bir kitap	152	31,8
Altı ayda/Yılda bir kitap	240	40,2
Sağlıkla İlgili Bilgi Kaynağınız*		
Hemşire	447	93,5
Doktor	445	93,1
Gazete	84	17,6
İnternet	124	25,9
Arkadaş	200	41,8
Herhangi bir Sağlık Sorununda İlk Başvurulan Sağlık Kuruluşu		
Aile Hekimi	92	19,2
Devlet Hastanesi	386	80,8

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.4. Katılımcıların Evsel İlaç Atık Farkındalık Durumları

Katılımcıların evsel ilaç farkındalık durumları Tablo 4.4’de verilmiştir. Katılımcıların tamamı evlerinde hiç kullanılmayan/yarım kalmış ilaç bulundurduğunu; bunların %40,6’sı 3-5 kutu, %34,5’si 6 kutu ve üzeri ve %24,9’sı 1-2 kutu ilaç olduğu ifade etmiştir. Katılımcıların %68’i ilaçların son kullanma tarihini kontrol ederken, %31,2’si kontrol etmemektedir. Katılımcılara ilaçların saklama koşullarına dikkat etme dikkat etme durumları sorulduğunda %68,8’i evet yanıtını verirken %31,2’si hayır yanıtını vermiştir. Evde bulunduran ilaçları; katılımcıların %94,1’ievde herhangi bir dolapta, %64,9’u eczadolabında, %32,6’sı da buzdolabında sakladığını belirtmiştir. Katılımcıların tamamı her yıl son kullanma tarihi geçtiği için atılan ilaç bulunduğunu ifade etmiştir. Katılımcılar tarafından her yıl son kullanma tarihi geçtiği için atılan ilaç sayısı %46,7’i 3-5 kutu, %32,3’ü 6 kutu ve üzeri, %20,7’ si 1-2 kutu olmuştur. Katılımcıların tamamı uygun koşullarda saklanmamış, son kullanma tarihi geçmiş veya kullanılmayan ilaç atıklarını yok etme yöntemi olarak çöpe atmakla birlikte %93,1’i lazım olur diye son kullanma tarihi geçene kadar beklettiğini, %93,5’i ailesine/komşularına/ihtiyacı olanlara dağıttığını, %5,9’u da eczanelere ya da hastanelere bırakmaya çalıştığını bildirmiştir. Katılımcıların %93,1’i ilaç dolabında ya da ilaçları sakladığı yerin karışıklığından kullanması gereken ilaçları ayırmakta zorluk çektiğini, %6,9’u ise zorluk çekmediğini belirtmiştir. Katılımcıların evde bulundurduğu ancak sürekli kullanmadığını ilaçların başında analjezikler, pomad/merhem, mide ilaçları, vitamin/mineral/omega 3 ve kas gevşeticiler gelmiştir. Katılımcıların %50,8’inin çevresi katılımcıda işine yarayacak ilaç bulunacağını düşünerek sağlık sorunu yaşadığında katılımcıdan ilaç istediğini, %49,2’si de istemediğini belirtmiştir. Evde yedekli ve bol miktarda ilaç bulundurmamak katılımcıların

%83,1'inin güvende hissetmesini sağlarken %16,9'unun güvende hissetmesini sağlamamıştır. Katılımcıların %82,4'ü doktorun kendilerine bol miktarda ilaç yazmasının memnuniyetini ve doktora güvenini arttırdığını ifade etmiştir (Tablo 4.4).

Tablo 4. 4 Katılımcıların evsel ilaç atık farkındalık durumları

Özellik	n	%
Evde hiç kullanılmayan/yarım kalmış ilaç sayısı		
Hiç	0	0
1-2 Kutu	119	24,9
3-5 Kutu	194	40,6
6 Kutu ve üzeri	165	34,5
İlaçların son kullanma tarihini kontrol etme durumu		
Evet	149	31,2
Hayır	329	68,8
İlaçların saklanma koşullarına dikkat etme durumu		
Evet	146	30,5
Hayır	332	69,5
Kullanılmayan ilaçların saklandığı yer*		
Buzdolabı	156	32,6
Eczadolabı	310	64,9
Evde herhangi bir dolap	450	94,1
Her yıl son kullanma tarihi geçtiği için atılan ilaç sayısı		
Hiç	0	0
1-2 Kutu	99	20,7
3-5 Kutu	223	46,7
6 Kutu ve üzeri	156	32,3
Uygun koşullarda saklanmamış, son kullanma tarihi geçmiş veya kullanılmayan ilaç atıklarını yok etme yöntemi*		
Çöpe atıyorum/lavaboya döküyorum	478	100
Lazım olur diye son kullanma tarihi geçene kadar bekletiyorum	445	93,1
Aileme/Komşularıma/ihtiyacı olanlara dağıtıyorum	447	93,5
Eczanelere ya da hastanelere bırakmaya çalışıyorum	28	5,9
İlaç dolabından ya da ilaçların saklandığı yerin karışıklığından kullanılması gereken ilaçları ayırmakta zorluk çekme durumu		
Evet	33	6,9
Hayır	445	93,1
Reçete edilen ilaçların kullanma talimatına uygun şekilde bitene kadar kullanılma durumu		
Evet	299	62,6
Hayır	179	37,4
Evde bulunan ancak sürekli kullanılmayan ilaç grupları*		

Antibiyotik	52	10,9
Analjezik	426	89,1
Kas Gevşetici	336	70,3
Antiagregan/Antikoagulan	314	65,7
Antiemetik	143	29,9
Laksatif	255	53,3
Vitamin/Mineral/Omega 3	380	79,5
Pomad/Krem	406	84,9
Göz Damlası	68	14,2
Mide İlaçları	394	82,4
Tamamlayıcı ve Destekleyici Bitkisel Ürünler	142	29,7
Çevrenin işlerine yarayacak ilaç bulunacağını düşünerek sağlık sorunu yaşadığında sizden ilaç isteme durumu		
Evet	243	50,8
Hayır	235	49,2
Evde yedekli ve bol miktarda ilaç bulundurmanın kendini güvende hissettirme durumu		
Evet	397	83,1
Hayır	81	16,9
Doktorun bol miktarda ilaç yazmasının memnuniyeti ve doktora olan güveni artırma durumu		
Evet	394	82,4
Hayır	84	17,6

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

4.5. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32) İle İlişkili Bulgular

Araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 ölçeği toplam puan ortalaması ve alt boyut puan ortalamaları Tablo 4.5'te verilmiştir. Katılımcıların TSOY-32 ölçeği toplam puan ortalaması $27,95 \pm 8,80$ (sorunlu sınırlı sağlık okuryazarlığı) saptanmıştır. TSOY-32 ölçeği ">25-33" toplam puan ortalaması sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı olarak kabul edilmekte olduğundan katılımcıların SOY seviyelerinin sorunlu sınırlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Tablo 4.5).

Katılımcıların tedavi ve hizmet boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu puan ortalaması $33,01 \pm 14,94$ (yeterli sağlık okuryazarlığı), sağlıkla ilgili bilgiyi anlama alt boyutu puan ortalaması $28,80 \pm 13,32$ (sorunlu sınırlı sağlık okuryazarlığı), sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme alt boyutu puan ortalaması $22,73 \pm 10,53$ (yetersiz sağlık okuryazarlığı) sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutu puan ortalaması $35,55 \pm 8,66$ (yeterli sağlık okuryazarlığı) olarak bulunmuştur (Tablo 4.5).

Katılımcıların, TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet alt boyutu puan ortalaması $30,02 \pm 11,03$ bulunmuş ve katılımcıların yeterli sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların, TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet alt boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu puan ortalamasına göre yeterli sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama alt boyutu puan ortalamasına göre sorunlu sınırlı sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme alt boyutu puan ortalamasına göre yetersiz sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutu puan ortalamasına göre yeterli sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip bulunmuştur (Tablo 4.5).

Katılımcıların, TSOY-32 ölçeği hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu puan ortalaması $35,18 \pm 8,17$ (yeterli sağlık okuryazarlığı), sağlıkla ilgili bilgiyi anlama alt boyutu puan ortalaması $34,87 \pm 6,95$ (yeterli sağlık okuryazarlığı), sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme alt boyutu puan ortalaması $17,62 \pm 9,65$ (yetersiz sağlık okuryazarlığı) sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutu puan ortalaması $15,81 \pm 7,82$ (yetersiz sağlık okuryazarlığı) olarak bulunmuştur (Tablo 4.5).

Katılımcıların, TSOY-32 ölçeği hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu puan ortalaması $25,87 \pm 7,19$ bulunmuş ve katılımcıların yetersiz sağlık okuryazarlığı seviyesinde olduğu saptanmıştır (Tablo 4.5).

Katılımcılar, TSOY-32 ölçeği hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma alt boyutu puan ortalamasına göre yeterli sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama alt boyutu puan ortalamasına göre yeterli sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme alt boyutu puan ortalamasına göre yetersiz sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutu puan ortalamasına göre yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeylerine sahip bulunmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4. 5 TSOY-32 Ölçeği toplam puanları ve alt boyut puanlarının dağılımları

		$\bar{X} \pm SS$
Tedavi ve Hizmet	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	33,01±14,94
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	28,80±13,32
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	22,73±10,53
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	35,55±8,66
	Tedavi ve Hizmet Genel	30,02±11,03
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	35,18±8,17
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	34,87±6,95
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	17,62±9,65
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	15,81±7,82
	Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Genel	25,87±7,19
TSOY-32 Ölçeği Total		27,95±8,80

Araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 Ölçeği puanlarının yaşa göre karşılaştırılması Tablo 4.6'da verilmiştir. Katılımcıların yaşa göre TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Altmış beş yaş üstü katılımcıların, TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutu puanları 65 yaş altı katılımcılara göre daha düşük görülmektedir. Katılımcıların yaşa göre TSOY-32 ölçeği hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Altmış beş yaş üstü katılımcıların, TSOY-32 ölçeği hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutu puanları 65 yaş altı katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir (Tablo 4.6).

Tablo 4. 6 TSOY-32 Ölçeği puanlarının yaşa göre karşılaştırılması

	Yaş	$\bar{X} \pm SS$
Tedavi ve Hizmet	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	<65 yaş 44,35±5,64
		≥65 yaş 22,41±13,02
	U=-16,872 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	<65 yaş 39,03±7,75
		≥65 yaş 19,23±9,88
	U=-17,165 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	<65 yaş 29,40±8,44
		≥65 yaş 16,49±8,22
	U=-13,633 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	<65 yaş 41,05±4,52
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi		≥65 yaş 30,41±8,46
	U=-13,800 p=0,000	
	Tedavi ve Hizmet Genel	<65 yaş 38,46±5,16
		≥65 yaş 22,14±9,05
	U=-17,379 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	<65 yaş 40,49±5,10
		≥65 yaş 30,21±7,34
	U=-13,799 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	<65 yaş 40,49±4,13
		≥65 yaş 29,62±4,52
TSOY-32 Ölçeği Total Puan	U=-17,633 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	<65 yaş 25,66±6,55
		≥65 yaş 10,10±4,79
	U=-18,023 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	<65 yaş 21,50±7,13
		≥65 yaş 10,49±3,52
	z=-16,337 p=0,000	
	Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Genel	<65 yaş 32,03±4,39
		≥65 yaş 20,10±3,64
	z=-18,312 p=0,000	
TSOY-32 Ölçeği Total Puan		<65 yaş 35,24±4,34
		≥65 yaş 21,12±5,99
		z=-18,274 p=0,000

U=Mann Whitney U Test

Araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 Ölçeği puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 4.7’de verilmiştir.

Katılımcıların cinsiyete göre TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet boyutu ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır($p>0,05$) (Tablo 4.7).

Tablo 4. 7 TSOY-32 Ölçeği puanlarının cinsiyete göre karşılaştırılması

		Cinsiyet	$\bar{X} \pm SS$
Tedavi ve Hizmet	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Kadın	33,40±14,77
		Erkek	32,78±15,05
	U=-0,574 p=0,781		
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Kadın	29,81±13,24
		Erkek	28,18±13,36
	U=-1,379 p=0,601		
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Kadın	23,10±10,63
		Erkek	22,51±10,47
	U=-0,514 p=0,512		
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	Kadın	35,53±8,46
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi		Erkek	35,57±8,80
	U=-0,197 p=0,134		
	Tedavi ve Hizmet Genel	Kadın	30,46±11,01
		Erkek	29,76±11,05
	U=-0,773 p=0,231		
	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Kadın	35,46±8,44
		Erkek	35,01±8,01
	U=-0,741 p=0,873		
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Kadın	35,85±6,91
		Erkek	34,28±6,92
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	U=-2,403 p=0,198		
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Kadın	18,93±9,32
		Erkek	16,83±9,77
	U=-2,464 p=0,429		
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	Kadın	16,52±7,80
		Erkek	15,38±7,82
	U=-1,965 p=0,120		
	Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Genel	Kadın	26,69±7,23
		Erkek	25,37±7,13
	U=-2,074 p=0,108		
TSOY-32 Ölçeği Total Puan		Kadın	28,57±8,82
		Erkek	27,57±8,78
		U=-1,334 p=0,182	

U=Mann Whitney U Test

Araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 Ölçeği puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması Tablo 4.8’de verilmiştir.

Çalışmaya katılan evli katılımcıların TSOY-32 ölçeği alt boyutları puanlarının bekarlara göre kısmen daha yüksek olduğu görülse de; katılımcıların medeni duruma göre TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet boyutu ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 8).

Tablo 4. 8 TSOY-32 Ölçeği puanlarının medeni duruma göre karşılaştırılması

	Medeni Durum	$\bar{X} \pm SS$
Tedavi ve Hizmet	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Evli 35,65±13,58
		Bekar 28,99±16,01
	U=-0,346 p=0,329	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Evli 30,32±12,02
		Bekar 26,47±14,83
	U=-0,245 p=0,724	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Evli 22,93±9,18
		Bekar 22,42±12,32
	U=-1,872 p=0,652	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	Evli 36,76±8,16
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi		Bekar 33,70±9,10
	U=-1,398 p=0,708	
	Tedavi ve Hizmet Genel	Evli 31,41±9,79
		Bekar 27,89±12,43
	U=-0,512 p=0,257	
	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Evli 36,53±7,48
		Bekar 33,11±8,75
	U=-2,781 p=0,104	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Evli 35,64±6,64
		Bekar 33,70±7,27
TSOY-32 Ölçeği Total Puan	U=-1,918 p=0,702	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Evli 18,39±8,95
		Bekar 16,44±10,55
	U=-2,760 p=0,091	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	Evli 16,14±7,22
		Bekar 15,29±8,66
	U=-1,309 p=0,320	
	Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Genel	Evli 26,67±6,56
		Bekar 24,64±7,92
	U=-0,722 p=0,089	
TSOY-32 Ölçeği Total Puan	Evli	29,04±7,83
	Bekar	26,27±9,91
U=-1,604 p=0,013		
z=Mann Whitney U Test		

Araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 Ölçeği puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması Tablo 4.9’da verilmiştir. Katılımcıların eğitim durumuna göre TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Lise ve üzeri eğitim seviyesinde olan katılımcıların, TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutu puanları eğitim düzeyi ilkokul olan katılımcılara göre daha yüksek görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumuna göre TSOY-32 ölçeği hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Eğitim seviyesi lise ve üzeri olan katılımcıların, TSOY-32 ölçeği hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutu puanları eğitim seviyesi ilkokul olan katılımcılara göre daha yüksek görülmektedir (Tablo 4.9).

Tablo 4. 9 TSOY-32 Ölçeği puanlarının eğitim düzeyine göre karşılaştırılması

	Eğitim Düzeyi	$\bar{X} \pm SS$
Tedavi ve Hizmet	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	İlköğretim 22,04±15,87
		Lise ve üzeri 43,37±7,75
	U=-0,611 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	İlköğretim 19,88±13,45
		Lise ve üzeri 36,44±10,24
	U=-0,942 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	İlköğretim 15,27±9,16
		Lise ve üzeri 29,61±8,68
	U=-1,379 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	İlköğretim 29,10±9,51
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi		Lise ve üzeri 40,76±4,87
	U=-2,122 p=0,000	
	Tedavi ve Hizmet Genel	İlköğretim 21,57±11,26
		Lise ve üzeri 35,44±7,77
	U=-0,755 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	İlköğretim 30,26±8,51
		Lise ve üzeri 38,86±6,48
	U=0,847 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	İlköğretim 30,64±6,68
		Lise ve üzeri 39,55±5,64
TSOY-32 Ölçeği Total Puan	U=0,165 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	İlköğretim 11,67±8,18
		Lise ve üzeri 23,69±8,02
	U=1,543 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	İlköğretim 12,05±5,58
		Lise ve üzeri 21,33±8,31
	U=-0,885 p=0,000	
	Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Genel	İlköğretim 21,15±6,28
		Lise ve üzeri 30,94±5,69
	U=-0,549 p=0,000	
TSOY-32 Ölçeği Total Puan	İlköğretim	21,36±8,40
	Lise ve üzeri	34,24±5,91
U=-2,927 p=0,001		

U=Mann Whitney U Test

Araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 Ölçeği puanlarının yaşadıkları yere göre karşılaştırılması Tablo 4.10'da verilmiştir. İl merkezindeki katılımcılar ilçe ve köylerdekilere göre daha fazla SOY düzeyine sahiptirler. Ancak katılımcıların yaşadığı yere göre TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet boyutu ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 4. 10).

Tablo 4. 10 TSOY-32 Ölçeği puanlarının yaşanılan yere göre karşılaştırılması

		Yaşanılan Yer	$\bar{X} \pm SS$
Tedavi ve Hizmet	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	İl Merkezi	37,35±12,15
		İlçe	30,74±16,70
		Köy/Kasaba	24,62±15,17
	KW=52,731 p=0,076		
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	İl Merkezi	32,13±12,02
		İlçe	27,48±14,74
		Köy/Kasaba	21,82±11,78
	KW=43,521 p=0,087		
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	İl Merkezi	25,62±10,23
		İlçe	20,83±10,65
		Köy/Kasaba	17,57±8,53
	KW=45,882 p=0,121		
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	İl Merkezi	37,98±7,00
		İlçe	33,89±9,22
		Köy/Kasaba	31,31±9,76
	KW=39,640 p=0,187		
	Tedavi ve Hizmet Genel	İl Merkezi	33,27±9,34
		İlçe	28,23±12,11
		Köy/Kasaba	23,83±10,66
	KW=53,516 p=0,677		
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	İl Merkezi	37,16±7,18
		İlçe	34,62±8,72
		Köy/Kasaba	30,77±8,14
	KW=41,954 p=0,320		
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	İl Merkezi	36,59±6,66
		İlçe	34,69±6,79
		Köy/Kasaba	30,69±6,05
	KW=51,745 p=0,090		
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	İl Merkezi	20,10±9,52
		İlçe	17,15±9,47
		Köy/Kasaba	11,83±7,44
	KW=54,311 p=0,640		
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	İl Merkezi	17,61±8,41
		İlçe	15,47±6,82
		Köy/Kasaba	11,59±5,38
	KW=47,389 p=0,216		
	Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Genel	İl Merkezi	27,87±6,94
		İlçe	25,49±7,02
		Köy/Kasaba	21,22±5,68
	KW=62,586 p=0,380		
TSOY-32 Ölçeği Total Puan		İl Merkezi	30,57±7,84
		İlçe	26,86±9,31
		Köy/Kasaba	22,52±7,80
KW=60,560 p=0,129			

KW=Kruskal Wallis H Test

Araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 Ölçeği puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması Tablo 4.11’de verilmiştir. Katılımcıların çalışma durumuna göre TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Çalışan katılımcıların, TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutu puanları çalışmayan katılımcılara göre daha yüksek görülmektedir. Katılımcıların çalışma durumuna göre TSOY-32 ölçeği hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Çalışan katılımcıların, TSOY-32 ölçeği hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutu puanları çalışmayan katılımcılara göre daha yüksek görülmektedir (Tablo 4.11).

Tablo 4. 11 TSOY-32 Ölçeği puanlarının çalışma durumuna göre karşılaştırılması

	Çalışma Durumu	$\bar{X} \pm SS$
Tedavi ve Hizmet	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Çalışıyor 43,07±7,63
	Çalışmıyor	25,13±14,53
	U=-13,472 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Çalışıyor 36,88±9,56
	Çalışmıyor	22,46±12,40
	U=-12,052 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Çalışıyor 28,92±8,49
	Çalışmıyor	17,87±9,36
	U=-11,521 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	Çalışıyor 40,67±4,70
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	Çalışmıyor	31,54±8,95
	U=-11,560 p=0,001	
	Tedavi ve Hizmet Genel	Çalışıyor 37,39±6,23
	Çalışmıyor	24,25±10,54
	U=-13,502 p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Çalışıyor 39,78±5,07
	Çalışmıyor	31,57±8,33
	U=-10,717 p=0,001	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Çalışıyor 39,38±5,17
	Çalışmıyor	31,34±6,08
Tedavi ve Hizmet Genel	U=-12,809 p=0,010	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Çalışıyor 23,86±7,40
	Çalışmıyor	12,73±8,30
	U=-12,933 p=0,020	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	Çalışıyor 20,41±7,49
	Çalışmıyor	12,20±5,97
	U=-12,195 p=0,001	
	Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Genel	Çalışıyor 30,86±5,00
	Çalışmıyor	21,96±6,15
	U=-13,752 p=0,001	
TSOY-32 Ölçeği Total Puan		Çalışıyor 34,12±5,27
		Çalışmıyor 23,11±7,95
		U=-13,894 p=0,001

U=Mann Whitney U Test

Araştırmaya katılan bireylerin TSOY-32 Ölçeği puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması Tablo 4.12’de verilmiştir. Katılımcıların gelir durumuna göre TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p < 0,05$). Geliri gidere eşit olan katılımcıların, TSOY-32 ölçeği tedavi ve hizmet boyutu; sağlıkla

ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutu puanları geliri giderden az olan katılımcılara göre daha yüksek görülmektedir. Katılımcıların gelir durumuna göre TSOY-32 ölçeği hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Geliri gidere eşit olan katılımcıların, TSOY-32 ölçeği hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme ve sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutu puanları geliri giderden az olan katılımcılara göre daha yüksek görülmektedir (Tablo 4.12).

Tablo 4. 12 TSOY-32 Ölçeği puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması

		Gelir Durumu	$\bar{X} \pm SS$
Tedavi ve Hizmet	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Gelir giderden az	31,42±14,90
		Gelir gidere eşit	46,66±4,98
	U=-8,059	p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Gelir giderden az	26,92±12,76
		Gelir gidere eşit	44,83±3,99
	U=-9,638	p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Gelir giderden az	21,15±9,79
		Gelir gidere eşit	36,25±5,90
	U=-9,478	p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	Gelir giderden az	34,75±8,67
Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi		Gelir gidere eşit	42,41±4,66
	U=-6,141	p=0,000	
	Tedavi ve Hizmet Genel	Gelir giderden az	28,56±10,69
		Gelir gidere eşit	42,54±3,20
	U=-9,638	p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Gelir giderden az	34,27±7,98
		Gelir gidere eşit	42,91±5,13
	U=-7,185	p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Gelir giderden az	33,95±6,70
		Gelir gidere eşit	42,75±2,89
TSOY-32 Ölçeği Total Puan	U=-8,855	p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Gelir giderden az	16,21±9,01
		Gelir gidere eşit	29,66±5,74
	U=-8,974	p=0,000	
	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama	Gelir giderden az	14,59±7,00
		Gelir gidere eşit	26,25±6,69
	U=-9,025	p=0,000	
	Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi Genel	Gelir giderden az	24,76±6,67
		Gelir gidere eşit	35,39±3,56
	U=-9,455	p=0,000	
TSOY-32 Ölçeği Total Puan		Gelir giderden az	26,66±8,35
		Gelir gidere eşit	38,96±3,01
		U=-9,795	p=0,000

U=Mann Whitney U Test

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinden cinsiyet, medeni durum ve yaşanılan yer ile TSOY-32 ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemekle birlikte; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumuyla TSOY-32 Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

4.6. Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği İle İlişkili Bulgular

Katılımcıların Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği toplam puanları ve alt boyut puanlarının dağılımları Tablo 4.13’de verilmiştir. Toplam puanı 72 üzerinden değerlendirilen AİK ölçeğinden katılımcıların aldıkları puan ortalaması $55,94 \pm 6,76$ olarak bulunmuştur. AİK ölçeğinin davranışsal inançlar alt boyut puanı $14,92 \pm 1,89$; kontrol inançlar alt boyut puanı $12,08 \pm 2,10$; tutum alt boyut puanı $3,21 \pm 2,38$; subjektif norm alt boyut puanı $2,32 \pm 1,50$; niyet alt boyut puanı $8,14 \pm 1,02$ ve bilgi alt boyut puanı $15,27 \pm 0,63$ olarak bulunmuştur (Tablo 4.13).

Tablo 4. 13 Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği toplam puanları ve alt boyut puanlarının dağılımları

Alt Boyutlar	Min	Maks	Ortalama	Standart Sapma
Davranışsal İnançlar	9	18	14,92	1,89
Kontrol İnançları	7	14	12,08	2,10
Tutum	0	8	3,21	2,38
Subjektif Norm	0	4	2,32	1,50
Niyet	5	10	8,14	1,02
Bilgi	14	16	15,27	0,63
AİK Ölçeği Total	43	69	55,94	6,76

Katılımcıların AİK Ölçeği puanlarının sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.14’de verilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinden olan; yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, eğitim durumu, gelir durumu ve çalışma durumu ile AİK ölçeği ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Tablo 4.14).

Tablo 4. 14 Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği puanlarının sosyo demografik özelliklere göre dağılımı

	Davranışsal İnançlar Alt Boyutu	Kontrol İnançları Alt Boyutu	Tutum Alt Boyutu	Subjektif Norm Alt Boyutu	Niyet Alt Boyutu	Bilgi Alt Boyutu	AİK Ölçeği Total
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Yaş							
65 yaş altı	14,88±1,92	12,07±2,09	3,19±2,37	2,31±1,52	8,11±1,03	15,28 ±0,62	53,02±1,75
65 yaş ve üzeri	14,95±1,86	12,09±2,12	3,22±2,40	2,33±1,49	8,16±1,01	15,27±0,64	57,09±2,16
	U=-0,319 p=0,750	U=-0,270 p=0,787	U=-0,049 p=0,961	U=-0,160 p=0,873	U=-0,575 p=0,565	U=-0,163 p=0,871	U=-0,261 p=0,794
Cinsiyet							
Kadın	14,88±1,92	12,07±2,09	3,19±2,37	2,31±1,52	8,11±1,03	15,28 ±0,62	53,02±1,75
Erkek	14,95±1,86	12,09±2,12	3,22±2,40	2,33±1,49	8,16±1,01	15,27±0,64	57,09±2,16
	U=-3,004 p=0,090	U=-1,810 p=0,070	U=-1,553 p=0,120	U=-1,750 p=0,080	U=-0,446 p=0,655	U=-0,286 p=0,775	U=-2,425 p=0,068
Medeni Durum							
Evli	14,95±1,75	12,03±2,22	3,25±2,22	2,27±1,56	8,07±0,94	15,28±0,63	51,10±0,12
Bekar	14,87±1,88	12,16±2,23	3,15±2,37	2,39±1,54	8,24±0,98	15,26±0,65	59,19±2,45
	U=-0,584 p=0,559	U=-1,364 p=0,173	U=-0,551 p=0,581	U=-0,551 p=0,559	U=-0,854 p=0,393	U=-1,899 p=0,058	U=-0,192 p=0,848
Yaşanılan Yer							
İl Merkezi	14,87±1,89	11,94±2,29	3,34±2,65	2,05±1,57	7,96±0,91	15,25±0,59	51,87±1,13
İlçe	14,93±1,70	11,71±2,32	2,78±2,34	2,15±1,53	8,23±0,96	15,23±0,66	52,19±2,36
Köy/Kasaba	14,93±1,98	12,31±1,89	3,36±2,27	2,50±1,45	8,16±1,08	15,31±0,63	56,02±1,45
	KW=0,271 p=0,873	KW=4,191 p=0,123	KW=5,418 p=0,067	KW=8,076 p=0,810	KW=4,354 p=0,113	KW=1,516 p=0,469	KW=4,826 p=0,090
Eğitim Durumu							
İlköğretim	14,87±1,89	11,94±2,29	3,34±2,65	2,05±1,57	7,96±0,91	15,25±0,59	54,56±0,12
Lise ve üzeri	14,93±1,70	11,71±2,32	2,78±2,34	2,15±1,53	8,23±0,96	15,23±0,66	56,09±1,86
	U=-0,138 p=0,120	U=-0,294 p=0,090	U=-0,506 p=0,136	U=-0,571 p=0,084	U=-1,168 p=0,072	U=-1,104 p=0,587	U=-0,829 p=0,540
Gelir Durumu							
Gelir giderden az	15,01±1,88	12,05±2,12	3,25±2,44	2,31±1,52	8,10±1,03	15,29±0,62	58,56±1,52
Gelir gidere eşit	14,14±1,81	12,36±1,94	2,82±1,78	2,42±1,40	8,42±0,92	15,18±0,69	52,09±1,43
	U=-3,021 p=0,210	U=-0,988 p=0,323	U=-0,874 p=0,382	U=-0,389 p=0,697	U=-2,245 p=0,325	U=-0,874 p=0,382	U=-0,986 p=0,324
Çalışma Durumu							
Çalışıyor	14,98±2,03	12,33±1,97	3,32±2,33	2,46±1,46	8,14±1,06	15,26±0,63	53,46±1,36
Çalışmıyor	14,87±1,78	11,89±2,19	3,12±2,42	2,21±1,53	8,13±0,99	15,29±0,63	56,54±1,58
	U=-0,856 p=0,392	U=-2,122 p=0,340	U=-0,985 p=0,325	U=-1,763 p=0,078	U=-0,336 p=0,737	U=-0,525 p=0,600	U=-1,338 p=0,181

U=Mann Whitney U Test; KW=Kruskal Wallis H Test

Katılımcıların AİK Ölçeği puanlarının hastaların akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bazı özelliklerine göre karşılaştırılması Tablo 4.15’de verilmiştir. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı kavramını duyma durumu, sağlık okuryazarlığı kavramını duyma durumu ve akıllı cep telefonuna sahip olma durumu ile AİK ölçeği toplam puanı ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Tablo 4.15).

Tablo 4. 15 Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği puanlarının hastaların akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bazı özelliklerine göre karşılaştırılması

	Davranışsal İnançlar Alt Boyutu	Kontrol İnançları Alt Boyutu	Tutum Alt Boyutu	Subjektif Norm Alt Boyutu	Niyet Alt Boyutu	Bilgi Alt Boyutu	AİK Ölçeği Total
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$
Akılcı İlaç Kullanımı Kavramını Duyma Durumu							
Evet	14,99±1,91	12,14±2,07	3,28±2,42	2,37±1,49	8,12±1,04	15,29±0,61	52,23±1,03
Hayır	14,71±1,82	11,93±2,19	3,02±2,25	2,18±1,54	8,18±0,98	15,22±0,68	57,67±1,87
	U=-1,340 p=0,289	U=-2,109 p=0,653	U=-0,541 p=0,118	U=-1,439 p=0,809	U=-1,799 p=0,529	U=-0,761 p=0,750	U=-1,377 p=0,509
Sağlık Okuryazarlığı Kavramını Duyma Durumu							
Evet	15,05±1,97	12,17±2,04	3,51±2,43	2,39±1,50	8,13±1,05	15,29±0,60	53,16±0,35
Hayır	14,81±1,81	12,01±2,16	2,96±2,31	2,26±1,51	8,14±1,00	15,26±0,65	56,84±0,65
	U=-1,458 p=0,899	U=-1,709 p=0,921	U=-0,327 p=0,650	U=-1,981 p=0,113	U=-1,409 p=0,601	U=-1,744 p=0,791	U=-1,303 p=0,506
Akıllı Cep Telefonuna Sahip Olma Durumu							
Evet	14,97±1,93	12,14±2,08	3,28±2,41	2,32±1,49	8,12±1,02	15,27±0,62	52,55±1,37
Hayır	14,74±1,73	11,85±2,19	2,96±2,28	2,31±1,56	8,20±1,03	15,29±0,67	57,45±0,98
	U=-2,871 p=0,312	U=-1,018 p=0,550	U=-1,423 p=0,809	U=-0,544 p=0,536	U=-1,602 p=0,013	U=-0,811 p=0,341	U=-2,602 p=0,971

U=Mann Whitney U Test

4.7. TSOY-32 Ölçeği ile AİK Ölçeği Arasındaki İlişki

Katılımcıların TSOY-32 Ölçeği ile AİK Ölçeği'nden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4.16'da verilmiştir. Tablo 4.16'ya bakıldığında TSOY-32 ölçeğinin Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi alt boyutu ile Tedavi ve Hizmet alt boyutu arasında pozitif ve güçlü bir korelasyon ($r=0,892$; $p=0,000$); TSOY-32 ölçeği toplam puanı ile her iki alt boyutun puan ortalamaları arasında pozitif ve güçlü bir korelasyon ($r=0,979$; $p=0,000$ ve $r=0,961$; $p=0,000$) olduğu görülmektedir. AİK ölçeği Kontrol İnançları alt boyutu puan ortalaması ile TSOY-32 ölçeği toplam puan ortalaması arasında pozitif ve zayıf bir korelasyon ($r=0,102$; $p=0,025$), Davranışsal İnançlar Alt Boyutu arasında pozitif ve orta düzey bir korelasyon ($r=0,410$; $p=0,000$) bulunmuştur. AİK ölçeğinin Tutum Alt Boyutu ile Davranışsal İnançlar Alt Boyutu ve Kontrol İnançları Alt Boyutu arasında pozitif ve orta düzey bir korelasyon ($r=0,557$; $p=0,000$ ve $r=0,551$; $p=0,000$) vardır. AİK ölçeğinin Subjektif Norm Alt Boyutu ile Davranışsal İnançlar Alt Boyutu, Kontrol İnançları Alt Boyutu ve Tutum Alt Boyutu arasında pozitif ve orta düzey bir korelasyon ($r=0,437$; $p=0,000$ ve $r=0,447$; $p=0,000$; $r=0,424$; $p=0,000$) bulunmuştur. AİK ölçeğinin Niyet Alt Boyutu ile Davranışsal İnançlar Alt Boyutu, Kontrol İnançları Alt Boyutu, Tutum Alt Boyutu ve Subjektif Norm Alt Boyutu arasında pozitif ve zayıf bir korelasyon ($r=0,165$; $p=0,000$ ve $r=0,286$; $p=0,000$; $r=0,197$; $p=0,000$; $r=0,316$; $p=0,000$) vardır. AİK ölçeğinin Bilgi Alt Boyutu ile Davranışsal İnançlar Alt Boyutu, Kontrol İnançları Alt Boyutu, Tutum Alt Boyutu, Subjektif Norm Alt Boyutu ve Niyet Alt Boyutu arasında pozitif yönde ve zayıf bir korelasyon ($r=0,302$; $p=0,000$ ve $r=0,209$; $p=0,000$; $r=0,362$; $p=0,000$; $r=0,135$; $p=0,003$; $r=0,188$; $p=0,000$) olduğu görülmektedir. AİK Ölçeği Total puanı ile TSOY-32 Ölçeği Total puanı ve AİK ölçeğinin tüm alt boyutları arasında pozitif yönde ve güçlü bir korelasyon ($r=0,781$; $p=0,001$ ve $r=0,765$; $p=0,000$; $r=0,750$; $p=0,000$; $r=0,826$; $p=0,003$; $r=0,790$; $p=0,000$; $r=0,729$; $p=0,000$; $r=0,732$; $p=0,000$) vardır (Tablo 4.16).

Tablo 4. 16 TSOY-32 Ölçeği ile AİK Ölçeği Arasındaki İlişki

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1-Tedavi ve Hizmet	r	1,000									
	p	-									
2-Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesi	r	,892**	1,000								
	p	,000	-								
3-TSOY-32 Ölçeği Total	r	,979**	,961**	1,000							
	p	,000	,000	-							
4-Davranışsal İnançlar Alt Boyutu	r	,286	,027	,064	1,000						
	p	,060	,557	,164	-						
5-Kontrol İnançları Alt Boyutu	r	,124**	,071	,102*	,410**	1,000					
	p	,007	,119	,025	,000	-					
6-Tutum Alt Boyutu	r	,128**	,080	,092*	,557**	,551**	1,000				
	p	,005	,377	,043	,000	,000	-				
7-Subjektif Norm Alt Boyutu	r	,075	,056	,061	,437**	,447**	,424**	1,000			
	p	,103	,373	,186	,000	,000	,000	-			
8-Niyet Alt Boyutu	r	,019	,015	,016	,165**	,286**	,197**	,316**	1,000		
	p	,671	,750	,733	,000	,000	,000	,000	-		
9-Bilgi Alt Boyutu	r	,067	,014	,045	,302**	,209**	,362**	,135**	,188**	1,000	
	p	,146	,755	,331	,000	,000	,000	,003	,000	-	
10-AİK Ölçeği Total	r	,129**	,052	,781*	,765**	,750**	,826**	,790**	,729**	,732**	1,000
	p	,015	,261	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	-

r= Spearman Korelasyon Analizi

4.8. Evsel İlaç Atık Yönetiminin SOY Düzeyi, AİK Düzeyi ve Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Katılımcıların evsel ilaç atık yönetiminin SOY düzeyi, AİK düzeyi ve bazı sosyodemografik özelliklere göre dağılımı Tablo 4.17’de verilmiştir. Tabloya bakıldığında katılımcıların ilaçların son kullanma tarihini kontrol etme durumu ile eğitim düzeyi, SOY düzeyi ve AİK düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Katılımcıların ilaçların saklanma koşullarına dikkat etme durumu ile eğitim düzeyi, SOY düzeyi ve AİK düzeyi arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Her yıl son kullanma tarihi geçtiği için atılan ilaç sayısı ile eğitim düzeyi ve AİK düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Kullanmadığım ilaçları lazım olur diye son kullanma tarihi geçene kadar bekletiyorum ve kullanmadığım ilaçları eczanelere ya da hastanelere/sağlık kurumlarına bırakmaya çalışıyorum ifadelerine katılan bireylerin AİK düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Evde yedekli ve bol miktarda ilaç bulundurmanın hastaların kendilerini güvende hissetmelerini sağlaması ve doktorun bol miktarda ilaç yazmasının hastaların memnuniyetini ve doktora güvenini artırması ile SOY düzeyi ve AİK düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$). Evde yedekli ve bol miktarda ilaç bulundurmanın kendilerini güvende hissettirdiğini ve doktorun bol miktarda ilaç yazmasının memnuniyetini ve doktora güvenini artırdığını ifade eden ifade eden katılımcıların çoğunluğunun SOY düzeyi yeterli düzeyde iken AİK düzeyi elli puan ve altındadır.

Tablo 4. 17 Evsel İlaç Atık Yönetiminin SOY Düzeyi, AİK Düzeyi ve Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

	Yaş		Cinsiyet		Eğitim Düzeyi				SOY Düzeyi				AİK Düzeyi	
	65 yaş altı	65 yaş ve üzeri	Kadın	Erkek	İlkokul	Ortaokul	Lise	Üniversite	Yetersiz	Sorunlu-Sınırlı	Yeterli	Mükemmel	50 puan ve altı	50 puan üzeri
İlaçların Son Kullanma Tarihini Kontrol Etme Durumu														
Evet	73 (31,6)	76 (30,8)	53 (29,4)	96 (32,2)	31 (22,0)	35 (31,5)	45 (31,5)	38 (45,8)	55 (29,3)	47 (34,6)	33 (23,7)	14 (93,3)	0 (0,0)	149 (41,7)
Hayır	158 (68,4)	171 (69,2)	127 (70,6)	202 (67,8)	110 (78,0)	76 (68,5)	98 (68,5)	45 (54,2)	133 (70,7)	89 (65,4)	106 (76,3)	1 (6,7)	121 (100)	208 (58,3)
	Ki-kare=0,039 p=0,844*		Ki-kare=0,401 p=0,526*		Ki-kare=13,817 p=0,003*				Ki-kare=31,642 p=0,000*				Ki-kare=71,440 p=0,000**	
İlaçların Saklanma Koşullarına Dikkat Etme Durumu														
Evet	74 (32,0)	72 (29,1)	47 (26,1)	99 (33,2)	30 (21,3)	30 (27,0)	46 (32,2)	40 (48,2)	51 (27,1)	45 (33,1)	39 (28,1)	11 (73,3)	0 (0,0)	146 (40,9)
Hayır	157 (68,0)	175 (70,9)	133 (73,9)	199 (66,8)	111 (78,7)	81 (73,0)	97 (67,8)	43 (51,8)	137 (72,9)	91 (66,9)	100 (71,9)	4 (26,7)	121 (100,0)	211 (59,1)
	Ki-kare=0,468 p=0,494*		Ki-kare=2,674 p=0,102*		Ki-kare=18,719 p=0,000*				Ki-kare=14,800 p=0,002*				Ki-kare=69,631 p=0,000**	
Her yıl son kullanma tarihi geçtiği için atılan ilaç sayısı														
1-2 Kutu	53 (22,9)	46 (18,6)	39 (21,7)	60 (20,1)	28 (19,9)	22 (19,8)	24 (16,8)	25 (30,1)	40 (21,3)	30(22,1)	22 (15,8)	7 (46,7)	0 (0,0)	99 (27,7)
3-5 Kutu	99 (42,9)	124 (50,2)	78 (43,3)	145 (48,7)	55 (39,0)	50 (45,0)	67 (46,9)	51 (61,4)	77 (41,0)	70 (51,5)	69 (49,6)	7 (46,7)	11 (9,1)	212 (59,4)
6 Kutu ve üzeri	79 (34,2)	77 (31,2)	63 (35,0)	93 (31,2)	58 (41,1)	39 (35,1)	52 (36,4)	7 (8,4)	71 (37,8)	36 (26,5)	48 (34,5)	1 (6,7)	110 (90,9)	46 (12,9)
	Ki-kare=2,931 p=0,248*		Ki-kare=1,304 p=0,521*		Ki-kare=29,297 p=0,000*				Ki-kare=15,231 p=0,019*				Ki-kare=251,122 p=0,000*	
İlaç atıklarını çöpe atıyorum/lavaboya döküyorum														
Evet	231(100,0)	247 (100,0)	180 (100,0)	298 (100,0)	141 (100,0)	111 (100,0)	143 (100,0)	83 (100,0)	188 (100,0)	136 (100,0)	139 (100,0)	15 (100,0)	121 (100,0)	357 (100,0)
Hayır	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	-		-		-				-				-	
Kullanmadığım ilaçları lazım olur diye son kullanma tarihi geçene kadar bekletiyorum														
Evet	210 (90,9)	235 (95,1)	167 (92,8)	278 (93,3)	129 (91,5)	105 (94,6)	135 (94,4)	76 (91,6)	176 (93,6)	124 (91,2)	131 (94,2)	14 (93,3)	121 (100,0)	324 (90,8)
Hayır	21 (9,1)	12 (4,9)	13 (7,2)	20 (6,7)	12 (8,5)	6 (5,4)	8 (5,6)	7 (8,4)	12 (6,4)	12 (8,8)	8 (5,8)	1 (6,7)	0 (0,0)	33 (9,2)
	Ki-kare=3,327 p=0,068*		Ki-kare=0,046 p=0,831*		Ki-kare=1,638 p=0,651*				Ki-kare=1,146 p=0,766*				Ki-kare=12,014 p=0,001*	

Tablo 4.17 (Devam) Evsel İlaç Atık Yönetiminin SOY Düzeyi, AİK Düzeyi ve Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Kullanmadığım ilaçları aileme/komşularıma/ihtiyacı olanlara dağıtıyorum														
Evet	31 (100,0)	247(100,0)	180 (100,0)	298 (100,0)	141(100,0)	11(100,0)	43(100,0)	83(100,0)	188 (100,0)	136 (100,0)	139 (100,0)	15 (100,0)	121 (100,0)	357 (100,0)
Hayır	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	-		-		-			-			-			
Kullanmadığım ilaçları eczanelere ya da hastanelere/sağlık kurumlarına bırakmaya çalışıyorum														
Evet	13 (46,4)	15 (53,6)	14 (50,0)	14 (50,0)	6 (4,3)	6 (5,4)	8 (5,6)	8 (9,6)	11 (5,9)	7 (5,1)	8 (5,8)	2 (13,3)	0 (0,0)	28 (7,8)
Hayır	218 (94,4)	232 (93,9)	166 (92,2)	284 (95,3)	135 (95,7)	105 (94,6)	135 (94,4)	75 (90,4)	177 (94,1)	129 (94,9)	131 (94,2)	13 (86,7)	121 (100,0)	329 (92,2)
	Ki-kare=0,043 p=0,836*		Ki-kare=1,930 p=0,165*		Ki-kare=2,867 p=0,413*			Ki-kare=1,647 p=0,649*				Ki-kare=10,081 p=0,001*		
Evde yedekli ve bol miktarda ilaç bulundurmak güvende hissetmenizi sağlıyor mu?														
Evet	187 (81,0)	210 (85,0)	152 (84,4)	245 (82,2)	128 (90,8)	90 (81,1)	119 (83,2)	60 (72,3)	159 (84,6)	109 (80,1)	124 (89,2)	5 (33,3)	121(100,0)	276 (77,3)
Hayır	44 (19,0)	37 (15,0)	28 (15,6)	53 (17,8)	13 (9,2)	21 (18,9)	24 (16,8)	23 (27,7)	29(15,4)	27(19,9)	15(10,8)	10(66,7)	0 (0,0)	81 (22,7)
	Ki-kare=1,403 p=0,236*		Ki-kare=0,396 p=0,529*		Ki-kare=13,124 p=0,004*			Ki-kare=31,214 p=0,000*				Ki-kare=33,055 p=0,000*		
Doktorunuzun size bol miktarda ilaç yazması sizin memnuniyetinizi ve doktora güveninizi artırıyor mu?														
Evet	185 (80,1)	209 (84,6)	151 (83,9)	243 (81,5)	127 (90,1)	88 (79,3)	119 (83,2)	60 (72,3)	158 (84,0)	108 (79,4)	123 (88,5)	5 (33,3)	121 (100,0)	273 (76,5)
Hayır	46 (19,9)	38 (15,4)	29 (16,1)	55 (18,5)	14 (9,9)	23 (20,7)	24 (16,8)	23 (27,7)	30 (16,0)	28 (20,6)	16 (11,5)	10 (66,7)	0 (0,0)	84 (23,5)
	Ki-kare=1,690 p=0,194*		Ki-kare=0,426 p=0,514*		Ki-kare=12,398 p=0,006*			Ki-kare=29,678 p=0,000*				Ki-kare=34,540 p=0,000*		

5. TARTIŞMA

5.1 Katılımcıların Alışkanlıkları ve Sağlık Durumlarına Göre Dağılımları

Sinop Üniversitesi Atatürk Devlet Hastanesi İç Hastalıkları, Göğüs Hastalıkları, Endokrinoloji ve Kardiyoloji Polikliniklerine başvuran ve en az bir kronik hastalığa sahip olan 478 hastayla yapılan çalışmada; hastaların yaş ortalaması $65,01 \pm 12,89$ 'dir. Araştırmaya alınma kriterlerinden olan en az bir kronik hastalığa sahip olmak yaş ortalamasının artmasına sebep olmuştur. Ülkemizde ve dünyada doğumla beklenen yaşam süresinin artması yaşlı nüfusun ve bununla birlikte kronik hastalıklarında artmasını beraberinde getirmiştir (Jullyana vd., 2012). Sağlık Bakanlığı tarafından ülkemizde yaşlılarda sıklıkla görülen kronik hastalıkların oranını belirlemek için yapılan kohort çalışmada göstermektedir ki 65 yaş üzeri yaşlıların neredeyse yarısına yakını (%46) multi morbiditeye sahiptir (Bakımlı, 2023). Araştırmaya katılan hastaların yarısından fazlasının iki ve daha fazla kronik hastalığı bulunmaktadır. Bu kronik hastalıkların başında hipertansiyon/kalp hastalığı gelmektedir. Bunu sırayla KOAH, Diyabetes Mellitus ve Kas İskelet Hastalığı takip etmektedir. Bir şehir hastanesi aile hekimliği kliniğinde yapılan araştırmada, araştırmacıların kronik hastalıklarına bakıldığında hipertansiyon, diyabet ve hiperlipideminin ilk sıralarda olduğu tespit edilmiştir. Benzer sonuçların elde edildiği başka bir çalışmada, Aile Sağlığı Merkezine başvuran 218 hastanın yarısına yakınının hipertansiyon olduğu bununla beraber en çok koroner arter hastalığı, diyabet ve akciğer hastalıklarının da çoğunlukta olduğu görülmüştür (Öztürk ve Uğraş, 2017). Yine ülkemizde bir huzurevinde yapılan araştırmada da görülen kronik hastalık sıralaması çalışmamızla benzer olarak hipertansiyon, diyabet ve KOAH olarak tespit edilmiştir. Koroner arter hastalığı gibi kardiyovasküler hastalıklar, hipertansiyon, inme, diyabetes mellitus, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, artrit ve osteoporoz gibi kas-iskelet sistemi hastalıkları gibi hastalıklar da DSÖ'ye göre dünyadaki yaşlı nüfusunu en çok etkileyen hastalıklardır (Bakımlı, 2023).

Artan kronik hastalıklar multimorbiditeye de beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte kullanılan ilaç miktarları dolayısıyla da polifarmaside artmaktadır. Özellikle doğumla beklenen yaşam süresinin artması, yaşlı nüfusunun artması; yaşlılıkta çoklu ilaç kullanımı mortalite artışlarında önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Akyön, 2022)

DSÖ'ye göre dünyadaki BOH (Bulaşıcı Olmayan Hastalık)'lardan kaynaklanan ölümlerin başında da kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet ve solunum sistemi hastalıkları gelmektedir (URL-2, 2022; DSÖ, 2022). Buna ilaveten, 2018 TÜİK verilerine göre de dolaşım sistemi hastalıkları, iyi ve kötü huylu tümörler ve solunum sistemi hastalıkları yer almaktadır (URL-3, 2022). Dünya'da ve Türkiye'de en sık görülen ve ölüme yol açan hastalıklar çalışmamızda ve benzer çalışmalarda en sık görülen kronik hastalıklar içinde yer almaktadır. Bu kronik hastalıklar ömür boyu bakım ve tedavi gerektirmektedir. Kronik hastalıklarda ilaç kullanımı tedavilerinin önemli bir parçasıdır. Çalışmaya katılan hastaların tamamının sürekli kullandığı ilaçları olduğu tespit edilmiştir. Bunların başında antihipertansifler, antiagreganlar/antikoagülanlar ve inhaler/nebül/bronkodilatörler yer almıştır. 2022 yılında Göktaş tarafından yapılan araştırmada katılımcıların %30'u 5 ve üzeri ilaç kullanmakta, Demirbağ ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise araştırmacıların yarısından fazlasının (%52,9) üç veya daha fazla ilaç kullandığı ve bunların başında da çalışmamızdaki gibi antihipertansiflerin geldiği saptanmıştır. (Göktaş, 2022; Öztürk ve Uğraş, 2017).

Yaşlılar üzerinde, bir aile sağlığı ve huzurevinde yapılan araştırmalarda da en sık antihipertansiflerin kullanıldığı tespit edilmiştir. (Ünsal vd., Demirbağ, 2012; Timur, 2011).

Çalışmaya katılan hastaların sıklıkla kullandığı ilaçlar literatür ile de benzerlik göstermektedir.

Kronik hastalıklarda mortalite ve morbiditenin azaltılması ve tedavinin etkinliğinin artışı sağlayan faktörlerin başında hastanın ilaç uyumu gelmektedir. Hastaların tedaviden en iyi şekilde fayda görebilmeleri düzenli ve uygun şekilde ilaç kullanılmasıyla mümkün olmaktadır (Çiftçi, 2015; Akagündüz, 2022; Kul, 2018). Bu bağlamda yapılan çalışmada kronik hastalığa sahip katılımcıların çoğu (%86) ilaçlarını düzenli olarak kullandığını ifadeetmiş ve tedaviye yönelik uygun katılım sağlamıştır. Altuntaş vd., tarafından yapılan nitel bir çalışmada ise araştırmacıların tamamı ilaçlarını düzenli olarak kullandığını bildirmiştir. Bu nitel çalışmada örneklem sayısının az olması ilaç kullanımına uyumunun tam olmasını sağlamış olabilir. Bir aile hekimliği kliniğinde yapılan çalışmada hastaların %69,6'sının, Öztürk ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada %82,2'sinin, bir araştırma hastanesi polikliniklerinde kronik hastalarda yapılan çalışmada ise katılımcıların %72,6'sının da ilaçlarını düzenli bir şekilde kullandığı bildirilmiştir (Öztürk ve Uğraş, 2017; Kul, 2018; Şems, 2022).

Demirbağ ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların çoğu (%85,5) ilaçlarını düzenli kullanamadıklarını ifade etmiştir. Yapılan literatür çalışmasında katılımcıların yarısından çoğunun düzenli ilaç kullanmasıyla birlikte bu oran farklılık göstermektedir (Rolnick vd., 2013; Horne vd., 1999).

5.2 Katılımcıların Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı ile İlişkili Bazı Özellikleri

Çalışmaya katılan hastaların çoğu (%79,1) akıllı ilaç kullanımı kavramını duyduğunu belirtmiştir. İlk defa 1985 yılında DSÖ tarafından Nairobi’de Düzenlenen ulusal kongrede bahsedilen akılcı ilaç kullanımı zamanla dünyada ulusal ve uluslararası alanda önemli bir hal almış ve çalışmalar başlamıştır. Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de DSÖ’nün önerileri doğrultusunda Akılcı İlaç Kullanımı çalışmaları 2010 yılında kurulan ve 81 ilde temsilcilikleri belirlenen Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü ile yürütülmektedir. Bu Şube Müdürlükleri eğitimler, tanıtım kampanyaları gibi faaliyetlerle birçok kişiye ulaşarak bilgilendirmeye ve farkındalık oluşturmaya çalışmaktadır. (URL, 2002; Yeniçeri, 2019). Çalışmamıza katılan hastaların neredeyse yarısına yakını günlük internet kullandıklarını, yarısından fazlası akıllı telefona sahip olduklarını ve yarısına yakını da altı ay/bir yılda kitap okuduklarını bildirmişlerdir. Bilgi edinme amacıyla kullanılan internet; hastalar tarafından kendi sağlık durumları, hastalıkları, tedavileri ve ilaç içerikleri incelemek, öğrenmek gibi durumlarda kullanılabilir. Ayrıca akıllı telefonların gelişmesiyle birlikte artan mobil sağlık hizmetleri halk sağlığı açısından önem arz etmektedir (Barlas, 2023). Ancak yapılan çalışmada akıllı telefona sahip olma durumunu ve AİKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Tablo 4.15).

Çalışmaya katılan katılımcıların %45’i sağlık okur yazarlık kavramını duymasına rağmen %55’lik kısmını sağlık okur yazarlık kavramını duymadığını ifade etmiştir. İlk kez 1974 yılında literatürde geçmesine rağmen 1990’lı yıllarda insan sağlığına etkisinin oldukça fazla olacağı düşünülmüş ancak 1998 yılında DSÖ adına hazırlanan Sağlığın geliştirilmesi sözlüğünde tanımlaması yapılmıştır. Yakın zamanlara kadar Amerika Birleşik Devletleri ve Kanada gibi devletler sağlık okuryazarlığı üzerine yoğunlaşırken son on yılda uluslararası hal almış ve çalışmalar yapılmıştır (Sorensen vd., 2010; Sezgin, 2013). Sağlık okuryazarlığı Avrupa Komisyonu’nun 2008-2013 Sağlık Stratejisi’nde hem de ülkemizde Sağlık Bakanlığının 2019-2023 Stratejik Planında yerini almıştır (Özdemir, 2021; URL-1, 2022; URL-4, 2022).

Literatürdeki bu gelişmeler göstermektedir ki sağlık okuryazarlık kavramı son yıllarda önem kazanmıştır. Bu durum da çalışma grubumuzdaki hastaların sağlık okur yazarlığı kavramını duyma oranının neredeyse yarısıyla sınırlı kalmasında etkili olmuştur. Ayrıca çalışma sonuçlarına göre, SOY'ı duyma durumu ve AİKÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Tablo 4.15).

Çalışmamıza katılan hastaların neredeyse tamamına yakını sağlıkla ilgili bilgi kaynağını hemşire (%93,5) ve doktor (%93,1) olarak göstermesine rağmen bunlarla birlikte arkadaş, internet ve gazete olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca herhangi bir sağlık sorununda ilk başvurulacak sağlık kuruluşu olarak da çoğunlukla (%80,8) devlet hastanelerine başvurduklarını bildirmişlerdir. Çalışma nerde yapılıyorsa katılımcılar ilk başvuru yeri olarak tercih ettikleri yerde bulunabilmekte ve tercihlerini bu duruma göre yapmaktadırlar. Kılıç (2020) tarafından Aile sağlığı merkezinde yapılan araştırmada herhangi bir sağlık sorununda ilk başvurulacak sağlık kuruluşu olarak katılımcıların yarısından fazlası aile sağlığı merkezini tercih etse de çalışmamız gibi devlet hastanelerinde yapılmış çalışmalarda ilk tercih devlet hastaneleri olmuştur. Literatürde bu tür farklılıklar olsada daha geniş bir alanda daha fazla katılımcıyla yapılan çalışmada da herhangi bir sağlık sorununda ilk başvurulacak sağlık kuruluşu devlet hastaneleri olmuştur (Tanrıöver vd., 2014).

5.3 Katılımcıların Evsel İlaç Atık Farkındalık Durumları

Çalışmaya katılan hastaların tamamı evlerinde ilaç bulundurduklarını çoğunlukla da (%40,6) evdeki ilaç kutu sayısının 3-5 olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 4.4). Hiç kullanılmamış, son kullanma tarihi geçmiş ya da kullanılmış ilaçların evde saklanması veya imha edilmesi tüm dünyayı ilgilendiren küresel bir problemdir. Sivas ve Zonguldak'ta yapılan araştırmalar da çalışmaya katılanların evde kullanılmış ya da hiç kullanılmamış ortalama ilaç kutu sayısının en fazla 1-5 kutu olduğu belirtilmiştir (Celil, 2022; Cihan, 2022). Aydın'da yapılan araştırmada ise katılımcıların sadece dörtte birinin evlerinde yarım kalmış ya da tüketilmemiş ilaç bulunmadığını belirtmiştir (Ayhan, 2021).

Dünyada yapılan bazı çalışmalar da çalışmaya katılan hane sakinlerinin; Gana ve Tanzanya'da neredeyse tamamının, Endonezya'da, %85'inden fazlasının, Malezya'da %70,6'sının, Cook Country (Illinois, ABD)'de %61,8'inin, Sırbistan'da %95'inin, İrlanda'da %88'inin ve Kıbrıs'da %76,8'inin evlerinde artan, kullanılmayan ya da son kullanma tarihi geçmiş ilaçları sakladıkları bildirilmiştir (Rogowska vd., 2022).

Yapılan çalışmaya katılan hastaların tamamı evinde ilaç bulundurduğunu ifade etmesine rağmen yalnızca %31,8'i son kullanma tarihlerini kontrol ederken %68,2'sinin kontrol etmediği belirlenmiştir (Tablo 4.4). Aydın'da yaşlı katılımcılarla yapılan çalışmada katılımcıların %79,1'inin son kullanma tarihini kontrol etmezken Aydın'ın Efeler Mahallesi'nde yapılan başka bir araştırmada sadece %59,3'ünün son kullanma tarihini kontrol etmediği saptanmıştır. Aynı ilde farklı yerlerde yapılan bu araştırma sonuçlarının farklı çıkmasının sebebi; gelir düzeyi, sosyoekonomik gelişmişlik, polifarmasi, mevcut olan kronik hastalıklar ve sayısı gibi birçok faktörün bu durumu etkiliyor olmasıyla açıklanabilir. (Ayhan, 2022; Bakımlı, 2022). İncesu tarafından yapılan araştırmada ise, katılımcıların %17'sinin, Adana Çukurova Bölgesinde yapılan araştırmada %30,2'sinin evde muhafaza ettiği ilaçların son kullanma tarihini kontrol etmediği bildirilmiştir (Çot vd., 2019; İncesu, 2017). Bu durum son kullanma tarihi geçmiş ilaçların fark edilmeden kullanılması sonucu zehirlenmelere ya da beklenen ilaç etkinliğinde bir fayda sağlanamamasına sebep olabilir.

Bu çalışmaya katılan katılımcıların yarısından çoğu (%68,8) evde kullanılmayan ilaçların saklanma koşullarına dikkat etmediğini ve çoğunlukla (%94,1) evdeki herhangi bir dolapta ya da buzdolabı (%32,6) ve eczadolabı (%64,9) gibi dolaplarda sakladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4.4). Ayhan (2021) tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %84,5'inin kullandıkları ilaçları evde uygun şekilde sakladıkları soğuk zincir ilaçlarını ise %14,7 oranında doğru şekilde sakladıklarını bildirmişlerdir. İncesu (2017) tarafından yapılan araştırmada katılımcıların, yarısının ilaçlarını bir dolap içinde (%50,7), diğer yarısının ise buzdolabında (%39,2) ve poşet içinde (%8,5) muhafaza ettiklerini bildirirken; Yavuzer (2018) tarafından yapılan araştırmada ilaçları nerde muhafaza edersiniz sorusuna çoğunluk (%71,1) oda sıcaklığında, geri kalan kısmıysa (%28,9) ise buzdolabında cevabını vermiştir. Kılıç (2020)'ın yaptığı araştırmada katılımcıların yarısından çoğunun (%63,4) ilaçların kullanma talimatını okuyarak saklama koşullarına dikkat ettiği bildirilerken, Çukurova bölgesinde yapılan araştırmada çalışmaya katılanların sadece %26,6'sı ilaçlarını uygunsuz muhafaza etmemiş ve kullanmadıkları ilaçlarının çoğunu (%93) çöpe atmıştır (Cot vd., 2019). Sivas Cumhuriyet Üniversitesi çalışanlarına yapılan bir araştırmada çalışmaya katılanların saklama koşulu bulunmayan ilaçları genellikle (%67,9) oda sıcaklığında serin ve kuru bir yerde sakladıklarını ayrıca %32,1'lik bir kısmınınsa buzdolabında sakladıkları saptanmış ve çalışmada eğitim durumunun ilaçların uygun saklanmasıyla anlamlı bir ilişkisi olduğu da ortaya

konulmuştur (Celil, 2022). Yapılan çalışma ve diğer çalışmalar arasındaki saklama koşulları arasındaki farklılıklarda yaş, eğitim durumu gibi bazı sosyokültürel farklılıklar etkili olmuş olabilir. Uygun koşullarda saklanmayan ilaçlar farmakolojik özelliklerini yitirebilir, bozulabilir ve hastaya fayda sağlamak yerine zarar verebilir.

Yapılan bu çalışmada katılan hastaların tamamının her yıl son kullanma tarihi geçen ilaçları attığı bildirilmiştir. En çok katılımcıların; 3-5 kutu (%46,7) bunu takiben 6 kutu ve üzeri (32,3) ve 1-2 kutu (%20,7) son kullanma tarihi geçmiş ilacı attığı saptanmıştır (Tablo 4.4). Son kullanma tarihi geçmiş, kullanılmayan ya da uygun koşullarda saklanmamış bu ilaç atıklarının yok etme yöntemi olarak da tüm katılımcılar çöpe atma (%100), aile/komşu/ihtiyacı olanlara dağıtma (%93,1), eczanelere ya da hastanelere bırakma (%5,9) yöntemlerini kullanmışlardır (Tablo 4.4). Zonguldak'ta yapılan araştırmada katılımcılar, evde arta kalan ilaçları; %50 ilaç gerektiğinde kullanmak için saklayarak, %5,4 sağlık kurumuna vererek, %12,2 eczaneye vererek, %17,6 isteyen tanıdıklarına vererek/diğer ve %14,9' da çöpe atarak değerlendirdiklerini bildirmiştir (Cihan, 2022).

Birleşik Krallık 'da yapılan araştırmada katılımcıların %84'ü daha önce kullanılmayan ilaç atıklarının imhası için en çok (%94) çöp kutusu, lavabo ya da tuvalete atma ve aile hekimi ya da eczanelere iade etme yöntemlerini tercih etmişlerdir (Watkins vd., 2022).

Türkiye'de ve dünyada evde kullanılmamış ya da son kullanma tarihi geçmiş ilaçların imha yöntemlerine bakıldığında tüm ülkelerde ilk olarak çöpe atmak gelmektedir. Özellikle Afrika ve Asya gibi ülkelerde çöpe atmak ve lavaboya veya tuvalete dökmekten başka çare bulunmamaktadır. Tanzania, Uganda, Gana, Endonezya, Malezya ve Suudi Arabistan gibi ülkelerde evde kullanılmayan ilaçları aile tanıdık ve arkadaşlara veya komşulara verme yaygındır. (Rogowska vd., 2022). Kullanılmamış ya da son kullanma tarihi geçmiş ilaçların imha yolları arasında olan ve en çok tercih edilen çöpe atma ya da tuvalete/lavaboya dökme yöntemleri tıbbi atık kategorisinde olan ilaç atıklarının doğaya doğrudan karışmasına sebep olur. Bu nedenle toprak ve su kirliliğine sebep olarak ekosistemdeki döngüyle tekrar başta insan olmak üzere bütün canlıların sağlığını tehlikeye atmaktadır. Ayrıca çöpe atılan ilaçlar doğrudan hayvanlarında zehirlenmesine sebep olabilir. Gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere bütün dünyanın küresel sorunu olan çevre kirliliğine sebep olan evsel ilaç atıkları için ortak politikalar geliştirilmelidir. Yapılan çalışmada katılımcıların tamamına yakını ilaç dolabında ya da ilaçları sakladıkları yerde kullanmaları gereken ilaçları ayırmada güçlük çekmediklerini ifade

etmişlerdir (Tablo 4.4). AİK ölçek puanının yüksek olması katılımcıların ilaçlarını ayırmalarında etkili olabilir.

Yapılan çalışmada katılımcıların %62,9'u reçete edilen ilaçlarını kullanma talimatına uygun şekilde bitene kadar kullanmaktadır (Tablo 4.4). Işık tarafından yapılan çalışmada hastaların tamamına yakını hastalık durumunda doktorun yazdığı ilaçları uygun şekilde kullandığını belirtmiştir. Işık tarafından yapılan çalışmada yaş ortalamasının daha düşük olması, katılımcıların tamamına yakınının lise ve üzeri öğrenim durumunda olması çalışma durumunun yüksek olmasının, ilaç uyumunu etkilediği düşünülmektedir. 65 yaş üzeri katılımcılarla yapılan çalışmada katılımcıların sadece %60,2'sinin ilaçlarını doktor önerisine uygun kullandığı bulunmuştur (Beggi vd., 2019). Yapılan bu çalışma ve Beggi tarafından yaşlılarla yapılan çalışmada ilaçları uygun şekilde kullanma oranlarının benzer olması katılımcıların yaş gruplarının benzer olmasından kaynaklanabilir. Bu çalışmada hastaların AİK ölçeği puanının yüksek olmasına rağmen ilaç uyum oranlarının beklenilenden düşük olduğu görülmektedir.

Bireylerin ilaç tedavisinden beklenen farmakolojik faydayı görmesi ve tedavinin etkinliğinin artması, hastalık durumunda doktor tarafından verilen ilaç tedavisini doktorun önerdiği sürede kullanmasıyla mümkün olabilir. AİK ilkelerinden “ilacın uygun dozda ve sürede kullanılması” da ilaç tedavisinin doktorun önerdiği sürede kullanılmasını gerektirmektedir. Ancak toplumda ilacın fayda sağlayan bir tedavi aracı olmasının yanında kimyasal, yan etkileri olan insan sağlığını tehlikeye atan bir ajan olarak da görülmesi; ilaç tedavisi başladıktan sonra hastalığın belirtilerinin azalması ya da ortadan kalmasıyla hastaların ilacını bırakması gerektiği düşüncesini ortaya çıkarıyor olabilir. Böylelikle hastalığın hastayı rahatsız eden ve ilaç kullanmasına neden olan ilk belirtilerin ortadan kalkması ve iyileştiğini düşünmesi tedavinin yarıda bırakılmasına neden olmaktadır.

İlaçların uygun şekilde kullanılmaması yarıda bırakılması evde ilaç birikmesine sebep olmaktadır. Yapılan bu çalışmada evde bulunan ancak kullanılmayan ilaçların başında analjezikler gelmektedir (Tablo 4.4). Bununla birlikte pomad/merhem, mide ilaçları, vitamin/mineral/omega 3, kas gevşetici, antiagregan /antikoagülan, laksatif, antiemetik, tamamlayıcı ve destekleyici ürünler, göz damlası ve antibiyotikler olarak sıralanmaktadır (Tablo 4.4). Ülkemizde ve dünyada evde bulundurulmuş ilaçların başında ağrı kesicilerin olduğu görülmektedir (Rogowska vd., 2005; Bound vd., 2017; Ötegen, 2017; İncesu, 2017; Cot vd., 2019). Ağrı kesicilerin; reçetesiz alınabiliyor olması, ilaç kutularının içinde fazla sayıda olması, ağrı kesicinin ilaç olarak görülmemesi dolayısıyla

kullanılmasa da evlerde en çok biriken ilaç grubunda yer almasına sebep olmaktadır (Göçgeldi, 2009; Cot, 2017). Evde kullanılmayan ancak bulundurulmuş ilaç sınıflamasının başında ağrı kesiciler gelirken daha sonraki sıralamada değişiklikler bulunmaktadır. Bu durum çalışma yapılan grubun yaşı, yaşadığı yer, kronik hastalığa sahip olması gibi özelliklerinden etkilenebilmektedir. Yapılan çalışmalarda katılımcılarda bulunan kronik hastalıklarla orantılı olarak evde bulunan ve kullanılmayan ilaç oranlarının da değiştiği düşünülmektedir. Bu çalışmada katılımcılarda hipertansiyon ve kalp hastalıklarının görülme sıklığının fazla olması evde bulunan antiagregan/antikoagülan oranını, kas iskelet hastalıklarının görülmesi pomad/merhem sayısını arttırmış olabilir. Ayrıca katılımcıların kronik hastalığa sahip olması ve sürekli ilaç kullanmak zorunda olmaları beraberinde mide ilaçlarını kullanma ihtiyacını getirmiş ve bu tür ilaçlarında evde bulunmasına katkı sağlamış olabilir.

Yapılan bu çalışmada ve literatürdeki benzer çalışmalarda evde kullanılmayan ilaç bulundurma durumu yaygındır (Ayhan, 2021; Celil, 2022; Cihan, 2022; Rogowska vd., 2022). Bu durum bireylerin birbirlerine ilaç tavsiye etmelerini hatta birbirlerine sunmalarını da beraberinde getirebilmektedir. Yapılan bu çalışmada katılımcıların yaklaşık yarısından; çevresindekiler onlarda işlerine yarayacak ilaç bulunacağını düşünüp ilaç istemişlerdir (Tablo 4.4). Bu durum akılcı olmayan ilaç kullanımına sebep olarak gereksiz ve uygunsuz ilaç kullanmaya, zehirlenmelere, ilaçlara özellikle antibiyotiklere karşı direnç oluşmasına sebep olabilir. Kılıç (2020) tarafından yapılan çalışmada yakınların tavsiyesi ile ilaç kullanma ve AİK bilgisi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde yapılan başka bir çalışmada yakınlarına ilaç tavsiye eden erişkinlerin akılcı ilaç kullanımı toplam puanı daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Alpaydın, 2022).

Bireylerin kendilerini hasta hissettikleri anda belirtilerini azaltacak ilaca evde hızlıca ulaşması kendilerini güvende hissetmelerini sağlayabilir. Bu durum da evde ilaç bulundurmalarına sebep olur. Yapılan bu çalışmada da katılımcıların %83,1'i evde ilaç bulundurmalarının kendilerini güvende hissettirdiğini bildirmiştir (Tablo 4.4). Ancak bu durum uygun olmayan dozda, uygun olmayan ilacın kullanılması gibi akılcı olmayan ilaç kullanımını beraberinde getirebilir. Denizli' de yapılan çalışmada evde bulunsun diye ilaç yazdıranların AİK bilgisinin daha düşük olduğu görülmüştür (Kılıç, 2020). Bu durum bireylerin kendini güvende hissetmek için evde ilaç bulundurmak istemeleriyle açıklanabilir. Yapılan başka bir araştırmada katılımcıların gerekli olabileceğini düşünerek ilaç bulundurma oranlarının düşük (%15,7) olduğu görülmüştür (Beggi vd., 2019). Bu

oranın diğer çalışmalardan düşük olmasının sebebi katılımcıların lise ve üzerinde eğitim seviyesinde olması ile açıklamak mümkün olabilir. Yapılan bu çalışmada evde ilaç bulunması bireylerin çoğunun kendini güvende hissetmesine katkı sağlarken; doktorların bol miktarda ilaç yazması doktora memnuniyeti arttırmıştır (Tablo 4.4).

5.4 TSOY-32 ile İlişkili Bulgular

Araştırma sonuçlarına göre TSOY-32 ölçeği ortalama puanı $27,95 \pm 8,80$ olarak tespit edilmiştir. Bu değer katılımcıların SOY seviyelerinin “sorunlu sınırlı sağlık okuryazarlığı” düzeyinde olduğunu göstermektedir. Tedavi ve hizmet boyutu; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu SOY seviyesi “yeterli sağlık okuryazarlığı”, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama alt boyutu SOY seviyesi “sorunlu sınırlı sağlık okuryazarlığı”, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme alt boyutu SOY seviyesi “yetersiz sağlık okuryazarlığı”, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutu SOY seviyesi “yeterli sağlık okuryazarlığı”, olarak; hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu SOY seviyesi yeterli sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama alt boyutu SOY seviyesi yeterli sağlık okuryazarlığı, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme alt boyutu SOY seviyesi yetersiz sağlık okuryazarlığı sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama alt boyutu SOY seviyesi yetersiz sağlık okuryazarlığı olarak bulunmuştur (Tablo 4.5).

TSOY-32 ölçeği ortalama puanına göre genel sağlık okuryazarlık seviyesi sorunlu sınırlı olarak tespit edilmiş olsa da ölçek alt boyut puanlarında farklılıklar bulunmaktadır. Tedavi ve hizmet boyutunda katılımcılar sağlıkla ilgili bilgiye ulaşp bu bilgiyi anlayıp kullanabilirken değerlendirme boyutunda yetersiz sağlık okuryazarlık seviyesinde kalmışlardır (Tablo 4.5). Bu durum sağlıkla ilgili bilginin ilgili kurum ve kuruluşlar aracılığıyla yeterli düzeyde anlaşılır bir şekilde sunulurken; bireylerin muhakeme yetenekleriyle beraber bu bilgiyi değerlendiremediklerini ortaya çıkarmaktadır. Yapılan bu çalışmada katılımcıların yaş ortalamasının yaklaşık 65 olması dolayısıyla yaşlanmayla beraber bilişsel süreçlerdeki değişikliklerden kaynaklanabilir. Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda da katılımcılar bilgiye ulaşp anlayabilirken değerlendirme ve uygulamada yetersiz kalmışlardır. Bu durumun engellenmesi için daha fazla sağlık eğitimi ve sağlık taramaları ile halkı bilgilendirmek, sağlık sorumluluğu kazandırmak gerekmektedir. Bireylerin sağlıklı olmayan yaşam tarzlarını değiştirmesi, diyet ve kilo kontrolü sağlaması, sağlıkla ilgili sosyal medya ve internetteki bilgilerin güvenilirliğine karar verecek kadar bilgi ve beceriye sahip olması ve sağlıkla ilgili

politikaları takip etmesi hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunda katkı sağlayacaktır. Yapılan çalışmada hastalıktan korunma/sağlığın geliştirilmesi için kurum ve kuruluşlar tarafından yapılan bilgiler yeterli ve anlaşılır olsa da bireylerin bunu değerlendirerek kendi sağlık durumları için ihtiyaç halinde kullanabilme yeteneklerinin oldukça düşük olduğu görülmüştür. Bu durumda, yapılan bu çalışmada yaş ortalamasının yüksek (65,01) olmasıyla açıklanabilir.

Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlık seviyesinin bulunması için 2014 yılında geniş çaplı bir araştırma yapılmış ve toplumun %64,6'sının yetersiz veya sorunlu SOY'a sahip olduğu saptanmıştır (Tanrıöver vd., 2014).

Avrupa'da ise 8 ülke yaklaşık 8000 kişi ile yapılan çalışmada katılımcıların %12'sinin yetersiz, %47 'sinin sınırlı sağlık okuryazarlık seviyesinde olduğu saptanmıştır. Hollanda, İrlanda, Almanya ve Polonya gibi gelişmiş ülkelerin SOY seviyeleri yüksek bulunurken; Bulgaristan gibi gelişmekte olan ülkelerde SOY seviyesi daha düşük bulunmuştur (Sorensen vd., 2015).

Brezilya'da yapılan bir çalışmada hastaların %65,9'unun yetersiz okuryazarlık seviyesinde olduğu, Çin'de yapılan çalışmada katılımcıların yarısının düşük sağlık okuryazarlık seviyesinde, Avusturalyalı yetişkinlerinse %59' unun düşük sağlık okuryazarlığına sahip olduğu saptanmıştır (Sampaio vd., 2015; Wang vd., 2015; Rheault vd., 2019). Ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmalar SOY seviyelerinin istenilen düzeylerde olmadığını göstermektedir. Gelişmiş ülkelerin SOY seviyesi diğerlerine göre daha yüksek olsa da dünyada SOY düzeylerinin geliştirilmesi amacıyla hem ülkemizde hem de dünyada çalışmalar yapılmaktadır. Avrupa Komisyonu'nun 2008-2013 Sağlık Stratejisi'nde hem de ülkemizde Sağlık Bakanlığının 2019-2023 Stratejik Planında SOY konusu ve çalışmaları yerini almıştır (Özdemir, 2021; URL-1,2022; URL-4, 2022).

Yapılan bu çalışmayla aynı ölçeğin kullanılarak SOY'nın değerlendirildiği bazı çalışmalarda; Kan (2022) tarafından yapılanda TSOY-32 ölçeği ortalama puanı 32,90; Ilgaz (2021) tarafından yapılan çalışmada TSOY-32 ölçeği ortalama puanı 28,81; Bostancı (2019) tarafından yapılan çalışmada TSOY-32 ölçeği ortalama puanı 29,17 olarak bulunmuştur. Literatürdeki bu çalışmalarda SOY seviyeleri yapılan bu çalışmadaki gibi sorunlu- sınırlı SOY düzeyindedir.

Işık (2021) tarafından yapılan çalışmada; TSOY-32 ölçeği ortalama puanı 34,28 olup SOY düzeyi yeterli bulunmuştur. Sivas Üniversitesi öğrencilerin SOY düzeyinin belirlenmesi için yapılan çalışmada da SOY düzeyleri yeterli bulunmuştur (Malatyalı vd., 2018). SOY düzeyleri yeterli bulunan bu çalışmalarda yaş ortalamasının düşük olması,

eğitim seviyesinin çoğunlukla lise ve üzerinde olması bu çalışmaya katılanların SOY düzeylerinin yeterli çıkmasına neden olmuştur.

Diyabetli bireylerde yapılan çalışmada; TSOY-32 ölçeği ortalama puanı 22,89 olup SOY düzeyi yetersiz bulunmuştur. Kronik hastalıklarda bireyin uzun zaman önce tanı almış olması, ileri yaşta olması, kronik hastalık sayısının fazla olması gibi nedenlerin SOY düzeyini etkileyebileceği düşünülmektedir. Diyabetli hastalarla yapılan bu çalışmada diyabet tanı süresi arttıkça SOY seviyesinin düştüğü belirtilmiştir. Katılımcıların %82'den fazlasının 10 yıl üzerinde tanı süresinin olması SOY seviyesinin çalışmamızdan farklı olarak oldukça düşük ve yetersiz çıkmasına sebep olmuştur.

Avrupa sağlık okuryazarlık ölçeği kullanılarak yapılan çalışmada katılımcıların yarısına yakını yetersiz bulunmuştur (Halıcı 2020). Ertem ve ark. (2022) tarafından yapılan çalışmada ASOY-TR ölçeği puanı 32,8, Okyay ve ark. (2016) tarafından yapılan çalışmada 32,6, Kozak ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada 25,18 olarak bulunmuştur.

Avrupa Birliği (Health Literacy Survey in Europe) anketinin geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılarak hazırlanan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği'ni (Health Literacy Index) kullanılan, puanları 25-125 arasında değerlendirilen ankette katılımcıların sağlık okuryazarlığı ölçeği puan ortalaması 102,19 bulunmuştur (Aktaş 2021). Puanlaması 0-23 arasında yapılan Yetişkin Sağlık Okuryazarlık ölçeği kullanılarak yapılan bazı çalışmalarda katılımcıların SOY puanı 12,7; 13,3 olarak bulunmuştur (Gül, 2018; Eker, 2021). Farklı ölçeklerle yapılan çalışmalarda göstermektedir ki SOY seviyeleri farklılık göstermekle beraber genellikle yetersiz veya sınırlıdır. Bu farklılıkların çalışma yapılan grupların sosyodemografik, sosyokültürel özellikleri gibi farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Yapılan bu çalışmada sosyodemografik özelliklerinden cinsiyet, medeni durum ve yaşanılan yer ile TSOY-32 ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Tablo 4.7, 4.8, 4.10). Karakul ve Işık tarafından yapılan çalışmada da SOY düzeyi cinsiyete göre bir farklılık göstermezken, Ilgaz, Güner ve ark. Tarafından yapılan çalışmada erkeklerde, SOY düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Ilgaz tarafından yapılan araştırmanın sosyoekonomik düzeyi düşük bir yerde yapılmış olması, katılımcıların eğitim seviyesinin düşük olması, gibi sebeplerden dolayı erkeklerin SOY düzeyleri daha yüksek çıkmış olabilir. Eğitim seviyesi yüksek çalışma grubunu üniversite öğrencilerinin oluşturduğu bir çalışma da ise kadınların SOY seviyeleri daha yüksek

çıkıştır (Ertem vd., 2022). Farklı çalışmalar göstermektedir ki yalnızca cinsiyet SOY üzerinde etkili değildir.

Literatürde, yapılan bu çalışma sonucuna benzer SOY düzeyi ve medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilen çalışmalar bulunmaktadır (Güven, 2016; Bostancı, 2019). Ancak medeni durumun SOY düzeyini etkilediği ve arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu belirten çalışmalarda bulunmaktadır (Çiftçi, 2015; Güner vd., 2020; Ilgaz, 2021; Büyükata, 2022). Bu çalışmaların çoğunda medeni durumu evli olanların SOY düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmaların bazılarının kırsalda ve sosyoekonomik düzeyin düşük olduğu katılımcılarla yapılması böyle bölgelerde kadınların eğitim seviyesinin de düşük olması yada geniş ailelerin çoğunlukta olduğu katılımcılarla yapılan çalışmalarda kadının günlük iş yükünün fazla olması gibi nedenlerden dolayı kadınların SOY düzeyleri daha düşük olabilmektedir.

Yapılan bu çalışmada; il merkezinde olanların ilçe, köy/kasabadakilere göre TSOY-32 ölçek ortalama puanları daha yüksek olsada, yaşanan yerin TSOY-32 ölçek ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 4.10). Bu durum yapılan çalışmanın il merkezinde bir hastanede yapılması ve katılımcıların yaklaşık %80'inin il veya ilçede yaşıyor olmasından kaynaklanmaktadır. Bu çalışmada yaşanan yerle TSOY-32 ölçek ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmasa da literatürde yapılan çalışmalarda kırsalalanda yaşayanların SOY düzeyi daha düşük ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Wang vd., 2015; Çiftçi, 2015; Yeniçeri, 2019; Liu vd., 2020; Ilgaz, 2021).

Diğer sosyodemografik özellikler olan yaş, eğitim durumu, çalışma durumu ve gelir durumu ile TSOY-32 ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Yapılan çalışmada 65 yaş üzerinde olan bireylerin TSOY-32 ölçek ortalama puanı ve bütün alt boyut puanları daha düşük çıkmıştır. TSOY-32 ölçek puan ortalamaları arasında ve yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.6). Kan (2022), Ilgaz (2021), Güner ve ark. (2020), Bostancı (2019), Çiftçi (2015), Gazmararian ve ark. (2003), Sorensen ve ark. (2015), Rheault (2019) İlhan ve ark. (2021), Wang ve ark. (2015), Aktaş (2021), Karakul (2022), Demirci (2021), Sampaio ve ark. (2015), Gül (2018), Eker (2021) ve Kozak ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmalarda SOY seviyesinin yaşla birlikte azaldığı tespit edilmiştir. Artan yaşla birlikte bilişsel yeteneklerin azalması, yaşlılarda eğitim seviyesinin daha düşük olması, görme işitme gibi

öğrenmeye engel olabilecek duyuşal işlevlerin azalması, teknoloji kullanımının azalması sonucu güncel değışimleri takip edememeleri gibi sebeplerle SOY seviyesi yaşıla beraber azalmaktadır. Yapılan bu çalışmadakiyle uyumlu olarak literatürdeki bazı çalışmalarda da 60 yaş üzerinin SOY seviyesi daha düşük olarak saptanmıştır (Çiftçi, 2015; Güner vd.; 2020). Yaşlı gruplarla yapılmayan yaş ortalamasının düşük olduğu, gebeler, ebeveynler gibi katılımcılarla yapılan çalışmalarda SOY seviyesinin yaşıla değışmediğı görülmüştür (Yeniçeri, 2019; Eser, 2021; Işık, 2021).

Yapılan bu çalışmada eğitim seviyesi lise ve üzeri olanlarda TSOY-32 ölçek ortalama puanı ve bütün alt boyut puanları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4.9). Diyabet hastalarıyla, hipertansiyon hastalarıyla yapılan çalışmalar da eğitimin seviyesinin artmasıyla SOY seviyesinde, yapılan bu çalışmada olduğu gibi artmıştır (Bostancı, 2019; Güner vd., 2020). Çin ve Avusturalya'da yapılan çalışmada eğitim seviyesi düşük olanlarda SOY düzeyide düşük olarak bulunmuştur (Wang vd., 2015; Sorensen vd., 2015). Avrupa'da sekiz ülkede yapılan çalışmada da çalışmamızla benzer şekilde eğitim seviyesi arttıkça SOY seviyesinde artmıştır (Sorensen vd., 2015).

Katılımcıların çalışıyor olması ve gelirlerinin giderlerinden fazla olması SOY düzeylerinin artmasını sağlamıştır. Bununla birlikte katılımcıların çalışma durumu ve gelir durumu arasında, TSOY-32 ölçek puan ortalamaları ile de istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (Tablo 4.11, 4.12). Yeniçeri (2019) tarafından gebe katılımcılarla yapılan çalışmada ev hanımlarının SOY düzeyi düşük bulunmuştur. Eser (2021) tarafından yapılan çalışmada çalışan katılımcıların SOY düzeyleri daha fazla bulunmuştur. Literatürde yapılan çalışmanın aksine çalışma durumunun SOY düzeyinin etkilemediğı sonuçlarına ulaşılan çalışmalarda mevcuttur (Çiftçi, 2015; Gül, 2018). Çalışma durumu dışındaki diğer sosyoekonomik ve sosyokültürel farklılıklardan dolayı çalışma sonuçlarında farklı olduğu tek başına çalışma durumunun SOY seviyesini etkilemediğı düşünülmektedir.

Işık (2021) tarafından yapılan sosyoekonomik durumu yüksek katılımcıların çoğunun gelirinin giderinden yüksek olduğu çalışmada hem gelir durumunun hemde çalışma durumunun TSOY-32 puan ortalamalarıyla arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Yapılan bu çalışmada ve literatürde SOY ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda; SOY'a ilişkin incelenen değışkenlerin SOY'a etkisi ve sonuçlarının farklı çıkması, çalışma gruplarının farklı sosyokültürel, sosyoekonomik ve farklı demografik özelliklere sahip olmasından kaynaklanmakta olduğu düşünülmektedir.

5.5 Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Bulgular

Yapılan bu çalışmada katılımcıların AİK ölçeğinden aldıkları puan ortalaması $55,94 \pm 6,76$; davranışsal inançlar alt boyut puanı $14,92 \pm 1,89$; kontrol inançlar alt boyut puanı $12,08 \pm 2,10$; tutum alt boyut puanı $3,21 \pm 2,38$; subjektif norm alt boyut puanı $2,32 \pm 1,50$; niyet alt boyut puanı $8,14 \pm 1,02$ ve bilgi alt boyut puanı $15,27 \pm 0,63$ olarak bulunmuş ve AİK düzeylerinin düşük olmadığı saptanmıştır (Tablo 4.13). Aynı ölçek kullanılarak yapılan deneysel bir çalışmada ilk görüşmede kontrol grubunun ve girişim grubunun da AİK ölçek puanı yaklaşık 44; davranışsal inançlar alt boyut puanı 12; kontrol inançlar alt boyut puanı 10; tutum alt boyut puanı 4; subjektif norm alt boyut puanı 3; niyet alt boyut puanı 7 ve bilgi alt boyut puanı 9 olarak tespit edilmiştir. Literatürde aynı ölçek kullanılarak hipertansiyon hastalarıyla yapılan çalışmada AİK ölçeği puanının yapılan çalışmadan daha düşük olduğu görülsede, tutum ve subjektif norm boyut puanının daha yüksek olduğu görülmektedir (Çakmak, 2019). Yapılan bu çalışma grubunda tutumun daha düşük olması katılımcıların davranışlarını yerine getirmeye yönelik olumlu veya olumsuz değerlendirmelerde daha az bulunabildikleri, subjektif norm boyutunda daha düşük puan alması da katılımcıların bulunduğu toplum baskısının daha yüksek olduğunu göstermektedir.

AİK tutum düzeylerinin incelendiği puanlamanın 40-200 arasında yapıldığı başka bir çalışmada AİK tutum puanının 147 olduğu bulunmuştur (Utli vd., 2020)

Demirtaş tarafından geliştirilen AİK bilgi durumunu 0-42 arasında gösteren ölçeğin kullanıldığı bazı çalışmalarda ölçek puanları 31,30; 34,11; 35,22; 38,20; 32,52 olarak hesaplanmıştır (Kılıç, 2020; Güner vd., 2020; Işık, 2021; Alpaydın, 2022; Bakımlı, 2023). Yapılan bu çalışmalarda kullanılan ölçekte 35 puan ve üzeri yeterli AİK bilgi düzeyi olarak belirlendiğinden literatürdeki bu çalışmaların çoğunda katılımcıların yeterli AİK bilgisine sahip olmadığı görülmektedir.

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinden olan; yaş, cinsiyet, medeni durum, yaşanılan yer, eğitim durumu, gelir durumu ve çalışma durumu ile AİK ölçeği ve alt boyutları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (Tablo 4.14). Tosun ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada 31 yaşından küçüklerin AİK farkındalığı da yüksek, Kılıç (2020) tarafından yapılan çalışmada 65 yaş üzeri bireylerin AİK bilgisi daha düşük, Alpaydın (2022) tarafından yapılan çalışmada 50 yaşın üzerinde olan yetişkinlerin AİK bilgileri daha düşük, Kan (2022) tarafından yapılan çalışmada 46 yaş ve üzerinde AİK bilgisi daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmalarda artan yaşla birlikte

AİK bilgisi veya davranışının azaldığı görülmüştür. Ancak yapılan çalışmadaki gibi Eser (2021), Soysal ve ark. (2020), Utli ve ark (2020) tarafından yapılan çalışmalarda da AİK'e yönelik bilgi veya tutumların yaşla değişmediği saptanmıştır.

Yapılan bu çalışmada kadın ve erkeklerde AİK ölçek puanları arasında bir farklılık olmazken bazı çalışmalarda kadınların AİK farkındalık veya AİK bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Ercan, 2018; Tosun vd., 2021; Hoşgör vd., 2021; Ercan, 2021). Bununla birlikte yaşlı katılımcılarla yapılan bir çalışmada da cinsiyetin AİK' na etkisi bulunmamıştır (Bakımlı, 2023).

Medeni durumun AİK' na etkisi çalışmalarda farklılık göstermiştir. Tosun ve arkadaşları (2021) ve Alpaydın (2022) tarafından yapılan çalışmada bekarlarda AİK daha yüksek bulunmuşken; Ercan (2018) tarafından Sivas ilinde yapılan çalışmada ise evlilerde AİK daha fazla görülmüştür. Yaşlılarda yapılan çalışmada ise evlilikle AİK arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (Bakımlı, 2023). Özellikle yaşlılarda bekarlık beraberinde yalnız yaşama ve sorumluluk duygusunun azalmasına sebep olabileceğinden yaşlı bekarlarda AİK' nın azalacağı düşünülmüştür.

Yapılan bu çalışmada eğitim durumunun AİK'a etkisi olmadığı sonucuna ulaşılsa da yapılan birçok çalışmada eğitim düzeyi arttıkça AİK'de artmıştır (Tosun vd., 2021; Kılıç, 2020; Eser, 2021; Utli, 2021; Coşkun vd., 2020; Alpaydın, 2021; Işık, 2021). Yapılan çalışmada eğitim seviyesi ve AİK arasında bir ilişkinin saptanmamış olmasının sebebi katılımcıların kronik hastalardan oluşması ve ömür boyu düzenli ilaç kullanmak zorunda olmaları nedeniyle ilaç kullanımıyla ilgili öz yeterliliklerini kazandıklarından dolayı olduğu düşünülmektedir. AİK ölçeği puanında düşük olmaması bu düşüncayı desteklemektedir.

Yapılan bu çalışmada katılımcıların %80'ine yakının il ve ilçede yaşıyor olması AİK ve yaşanan yer arasında bir değişiklik olmamasına neden olmuştur. Demirtaş ve ark. tarafından yapılan çalışmada yaşanan yerin sağlık kurumuna uzaklığı çok olanlarda AİK daha düşük bulunmuştur. Katılımcıların yaklaşık %40'ının köy ve ilçede yaşayanların oluşturduğu araştırmada il merkezinde olanların AİKÖ'den aldıkları puanlar daha yüksek saptanmıştır (Alpaydın, 2020).

AİK ve çalışma durumu, gelir durumu arasında yapılan çalışmada istatistiksel olarak bir ilişki saptanmamıştır. Tosun ve ark. (2021) tarafından yapılan çalışmada ev hanımı ve işsizlerde AİK farkındalığı daha düşük, Alpaydın (2022) ve Utli ve ark. tarafından yapılan çalışmalarda çalışanların AİK ölçek puanları daha yüksek çıkmıştır. Ancak; Ercan (2018), Işık (2021) ve Bakımlı (2023) tarafından yapılan çalışmalarda benzer olarak

Çalışma durumunun AİK'na etkisi bulunmamıştır. Gelir düzeyinin AİK' na etki etmediği sonucuna çalışmada ulaşılmış olsa da benzer bazı çalışmalarda gelir durumu yüksek olanlarda gelir durumu düşük olanlara göre AİK düzeyleri daha fazla bulunmuştur (Utli, 2020; Bakımlı, 2023).

Yapılan bu çalışmada sosyodemografik zelliklerin AİK'i etkilemediği ve AİK lek puanlarını değiştirmediği saptanmasının en önemli sebebi katılımcıların kronik hastalıklarının olması olduğu dşnlmektedir. Çünkü kronik hastaların düzenli doktor kontrollerine gitmesi ve taramalar yaptırması, ömür boyu ilaç kullanma ve yaşam tarzlarını düzenleme gerekliliği hastalık yönetimlerini ve ilaç kullanımlarıyla ilgili yönetimlerini gerçekleştirmeleri gerekliliğini de beraberinde getirmektedir. Bu nedenle sosyodemografik zelliklerin AİK'e etkisi saptanmamış olabilmektedir.

5.6 TSOY-32 leği ve AİK leği Puanları Arasındaki İlişkiye İlişkin Bulgular

Bireylerin SOY düzeylerinin yeterli olması, AİK düzeylerinin de yüksek olmasına katkı sağlayabilmektedir. Yapılan bu çalışmada, AİK leği Total puanı ile TSOY-32 leği Total puanı ve AİK leğinin tüm alt boyutları arasında pozitif yönde ve güçlü bir korelasyon saptanmıştır (Tablo 4.16). Katılımcıların AİK leği total puanı ne kadar fazla ise TSOY-32 leği total puanı da o kadar yükselmektedir. Gebe katılımcılarla yapılan çalışmada AİK ve SOY lek puanları arasında pozitif anlamlı bir ilişki tespit edilmiş ve katılımcıların SOY leğinden aldıkları puanın AİK bilgisine sahip olma durumunu etkilediği belirlenmiştir (Eser 2021). Işık (2021), Güner ve ark (2020) tarafından yapılan çalışmalarda da katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin SOY düzeylerinin yüksek olması hastalıklarla ilgili ya da tedaviyle ilgili bilgiye ulaşabilme, anlayabilme, değerlendirip analiz ederek uygulayabilme yeteneklerini de beraberinde getirmektedir. Bu durum bireylerin hastalıkları yada tedavileri üzerinde öz yeterliliklerinin oluşmasını sağlayarak AİK'i destekler. Özellikle kronik hastalıklar gibi hayat boyu tedavi gerektiren hastalığa sahip hastalarda yaşam kalitesinin artması mortalite ve morbiditenin azalması SOY ve AİK düzeylerine bağlı olarak değişebilmektedir. Yapılan bu çalışma ve Güner ve ark (2020) tarafından yapılan çalışmalarda kronik hastalarda SOY düzeyi ne kadar fazlaysa AİK düzeyinin de o kadar arttığı saptanmıştır. Kronik hastalarda SOY seviyelerinin yeterli olması, sağlık sonuçlarının iyileşerek bireye ve topluma katkı sağlamasını, AİK

düzeyinin yükselerek ilaç uyumunun artmasını ve kronik hastalıklarının seyrinin daha hafif ilerleyerek sakatlık ve işlev bozukluklarının önlenmesini sağlayabilir.

Yapılan literatür çalışmasında SOY ve AİK düzeyleri arasında anlamlı pozitif yönde korelasyonlar olmasına rağmen Kan (2022) tarafından yapılan çalışmadaki gibi bu kavramlar arasında istatistiki açıdan anlamlı ilişkilerin bulunmadığı bir çalışma da mevcuttur. Bu durum çalışma yapılan gruplardaki sosyodemografik, sosyokültürel faktörler gibi diğer sosyal ve çevresel belirleyicilerden kaynaklanabilir.

5.7 Evsel İlaç Atık Yönetiminin SOY Düzeyi, AİK Düzeyi ve Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımı

Bireylerin SOY seviyelerinin yeterli olması AİK düzeylerinin de yeterli olmasını beraberinde getirmektedir (Eser 2021, Işık 2021, Güner vd., 2020). AİK düzeyi yeterli olan bireylerde; uygunsuz ilaç kullanımının önüne geçilerek doğru ilacın, doğru dozda, doğru süreyle kullanılması sağlanılabilir. Bu durum bireylerin evlerde gereksiz ilaç bulundurmalarını ve ilaç israfını engelleyerek evsel ilaç atıklarının azalmasına ve evlerde bulunan ilaçların saklanması ve imhası gibi konularda doğru yöntemlerin seçilmesine katkı sağlayabilir. Yapılan bu çalışmada evlerde bulunan ilaçların son kullanma tarihini kontrol etme ve ilaçların saklama koşullarına dikkat etme durumunun eğitim seviyesi, SOY düzeyi ve AİK düzeyi ile arttığı saptanmıştır. Yeniçeri (2019) tarafından yapılan çalışmada eğitim durumu ve ilaç son kullanma tarihini kontrol etme arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmamıştır. Bayrak (2018) tarafından yapılan çalışmada ise eğitim durumu ve ilaç son kullanma tarihini kontrol etme arasında anlamlı saklama koşulları ve eğitim seviyesi arasında anlamlı olmayan bir istatistiksel ilişki saptanmıştır.

Kılıç (2020) tarafından yapılan çalışmada ilaçların son kullanma tarihini kontrol etme ve ilaçların kullanma talimatını okuyarak saklama koşullarına dikkat etme ve AİK bilgisi arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmıştır. İlaçların son kullanma tarihini kontrol etme ve saklama koşullarına dikkat etme durumları ile AİK, SOY ve sosyo demografik özelliklerin beraber incelendiği çalışmaya, halihazırda araştırılan literatürde rastlanmamıştır.

Yapılan bu çalışmada son kullanma tarihi geçtiği için atılan ilaç sayısı ile eğitim durumu ve akılcı ilaç kullanım düzeyleri arasında anlamlı bir istatistiksel ilişki saptanmıştır. Akılcı ilaç kullanımı ilaçların uygun doz ve sürede kullanılmasını gerektirdiğinden ilaç birikmesinin önüne geçmektedir. Bu bağlamda; Bakımlı (2023) ve Kılıç (2020)

tarafından yapılan çalışmada AİK bilgisi veya davranışları yeterli olanlarda evde ilaç bulunma durumunda azalmış ve bu iki değişken arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan bu çalışmada kullanılmayan ilaçları lazım olur diye son kullanma tarihi geçene kadar bekletme yada eczane ve hastanelere/sağlık kuruluşuna bırakmaya çalışma durumlarıyla AİK düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ancak, bu durumların SOY ve eğitim seviyesi arasında anlamlı ilişki olduğu sonucuna ulaşılmamıştır. Bakımlı (2023) tarafından yapılan çalışmada da AİK'e ilişkin davranışlar ve ölçek puanlarıyla tedavi sonrası kalan ilaçların durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı belirlenmiştir. Ancak Bayrak (2018) tarafından yapılan çalışmada eğitim durumu ve tedavi sonrası arta kalan ilaçlara yönelik bilgi ve davranışları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır.

Yapılan bu çalışmada evde yedekli ve bol ilaç bulundurmak ve eğitim durumu, AİK ve SOY düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca doktorun bol miktarda ilaç yazması bireyin memnuniyeti ve doktora olan güvenin atması ile SOY ve AİK düzeyleri arasında da istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Yeterli SOY düzeyi AİK düzeyinin artmasına katkı sağlayarak tanıya uygun ilacın uygun şekilde kullanılmasını sağlamaktadır. Ayrıca doktor muayenesi ve önerisi olmadan da ilaç kullanımının önüne geçeceğinden; evde fazladan ilaç bulundurulmasının yada bireyin doktorun fazla ilaç yazma isteğinin önüne geçebilecektir.

Küresel bir çevre sorunu olan evsel ilaç atıkları ve bu atıkların yönetimi konusu AİK çalışmalarının içinde kısmen geçsede AİK, SOY ve katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleriyle bir arada bulunan ve birbirleriyle ilişkisinin incelendiği çalışmaya, halihazırda yapılan literatür taramasında rastlanmamaktadır. Bu nedenle bu çalışma son zamanlarda önemi giderek artan SOY ve AİK kavramlarını AOİK sonucunda artabilecek olan evsel ilaç atık yönetimiyle bir arada değerlendirerek literature katkı sağlamış olacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Kronik hastalıklar tüm dünyayı etkisi altına alan ve sağlık sistemlerinde önemli yükü olan hastalıklardır ve DSÖ 2030 yılına kadar bu hastalıkları üçte bir oranında azaltmayı tüm ülkeler için hedef olarak belirlemiştir. Kronik hastalıkların hem önlenmesi, korunması hem de ortaya çıktıktan sonra tedavi ve rehabilitasyon sürecinde sağlık yönetiminin etkili bir şekilde devam etmesi, bireylerin öz yeterliliklerinin sağlanması gibi konularda SOY ve AİK kavramları ortaya çıkmaktadır.

Yapılan çalışmalar AİK ve SOY kavramlarının birbirini etkilediğini göstermiştir. Akılcı ilaç kullanımı özellikle ömür boyu ilaç tedavisi alan kronik hastaların ilaç yönetimleri üzerinde önem arz etmekte ve bu sayede ilaçların doğru dozlarda kullanılarak evlerde kullanılmayan ilaçların depolanmasının önüne geçmektedir. Evlerde bilinçsizce depolanan ilaçların genellikle çöpe atılarak ya da lavaboya dökülerek imha edilmesi de bir sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Evsel ilaç atıklarının da tıbbi atık olması dolayısıyla tercih edilen imha yolları su ve toprak kirliliği için önemli bir risk oluşturmaktadır. Tüm dünyanın ortak bir problemi olan küresel iklim krizinin nedenlerinden olan toprak ve su kirliliğini önlemek için bütün sektörler çalışmalar yapmakta farklı yönlerden ele almaktadır.

Yapılan bu tez çalışmasında; toplumumuzun kronik hastalığı olan bireylerin akılcı ilaç kullanımı, sağlık okuryazarlığı ve evsel ilaç atık farkındalığı düzeylerini belirlemeyi amaçlayarak önemli sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda, katılımcıların SOY, AİK ve evsel ilaç farkındalıklarının beklenen düzeylerin altında ve geliştirmeye açık düzeylerde olduğunu, SOY'un sosyo-demografik değişkenlerle anlamlı bir ilişkisi olduğu saptanmıştır.

Bu çalışma verileri doğrultusunda öneriler;

- SOY, AİK ve evsel ilaç farkındalıklarının oluşturulması için eğitimlerin aile içinde özellikle 1. Basamak Sağlık Hizmetleri dahilinde verilmesi,
- Aile eğitimlerine ek olarak okul öncesinden başlayarak tüm eğitim basamaklarında SOY, AİK ve evsel ilaç farkındalık eğitimlerinin verilmesi,
- Çalışmamızda ve yapılan çalışmalarda AİK, SOY düzeylerinin özellikle yaşlı hastalarda daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu nedenle artan yaşlı nüfusu ve yaşlılıkla beraberinde gelen kronik hastalıklar düşünüldüğünde; yaşlıların bu konularda farkındalığının oluşturulması için öncelikli grup olarak ele alınması,

- Toplumun farkındalığını arttıracak olan sağlık personeline öncelikli olarak eğitimler verilerek farkındalık sağlanması,
- Günümüzde artan akıllı telefon, internet, sosyal medya kullanımları sayesinde kamu spotları ya da farklı yollarla bilgilendirme sağlanması,
- Küresel iklim krizine sebep olan toprak ve su kirliliği üzerinde evsel atıkların, evsel atıkların içinde de ilaç atıklarının yeri konusunda halkın bilgilendirme çalışmalarının hem eğitimlere hem de kamu spotlarına dahil edilmesi,
- 2015 yılından sonra hizmete sunulan ve toplum için farklı sağlık hizmetlerini verildiği E-Nabız platformunda; AİK, SOY ve evsel ilaç farkındalıklarıyla ilgili bilgilendirilmelerin eklenmesi için çalışmalar sunulması,
- Sağlık hizmeti verilen tüm birimlerde SOY, AİK ve evsel ilaç farkındalıklarının belirlenmesine yönelik çalışmaların yapılarak, farkındalığın düşük olduğu bölgelerde bu çalışmalara daha ağırlık verilmesi,
- İlaç kutularının ve prospektüslerinin üzerine SOY, AİK ilkeleriyle ilgili dikkat çekici şekilde tasarlanmış uyarı ve mesajların eklenmesinin teşvik edilmesi,
- T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmüş olan ilacım ne eksik ne fazla kampanyası gibi kampanyaların düzenlenerek özellikle kullanımı oldukça artan sosyal medyada gibi farklı bilgilendirme yollarıyla daha geniş kitlelere ulaşılarak toplumda farkındalık oluşturulması,
- DSÖ politikaları çerçevesinde oluşturulan sağlık politikalarımız içerisinde SOY, AİK ve evsel ilaç farkındalığı gibi konuların eklenmesi ve duyurulması çalışmalarının teşvik edilmesi,
- Henüz DSÖ tarafından da herhangi bir yönetmeliği olmayan evsel ilaç atıkları için örnek uygulamaların teşvik edilmesi şeklinde sıralanabilir.

Yapılan çalışma konusunun; SOY ve AİK kavramlarının, DSÖ tarafından da geliştirilmesi için çalışmalar yapılan güncel ve tüm dünyada 2000’li yıllardan sonra öneminin artarak ilerlediği gelişmeye açık ve veri gereklilikleri olan konular olması, çalışma grubu olarak; DSÖ tarafından büyük bir risk olan kronik hastalıkların seçilmesi; araştırmada kullanılan TSOY-32’nin toplumumuza uygun şekilde güncellemelerinin yapılarak düzenlenmiş olması, AİK ölçeğinin AİK’nı niyet, bilgi, tutum, subjektif norm, davranışsal inançlar ve kontrol inançları gibi çok yönlü boyutlardan ele alması ayrıca tüm dünyada küresel sorun olan iklim krizinin

sebeplerinden olan çevre kirliliği ve buna dolaylı yollarla sebep olan evsel ilaç atıklarıyla SOY ve AİK gibi konuların birleştirilerek ele alınması sonucunda elde edilen verilerin SOY, AİK ve evsel ilaç atıkları konusunda literatür için önemli katkılar sunacağı düşünölmektedir. Fakat çalışmanın sadece Sinop İli Atatürk Devlet hastanesinde yapıyor olması elde edilen verilerin topluma genelleştirilemeyeceğine, yaş ortalamasının daha çok yaşlı nüfus hakkında veri sağlıyor olması sebebiyle de tüm yaş gruplarına etkisini değerlendiremememize neden olmaktadır. Daha geniş katılımcı kitlelerine ve daha yaygın çalışma yerlerinin belirlenerek yapılacağı çalışmalarda SOY, AİK ve evsel atık konularında toplumumuz için daha anlamlı veriler sağlanabilir.



KAYNAKLAR

- Abacıgil, F., Harlak, H., & Okyay, P. (2016). *Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkçe uyarlaması*. Pınar Okyay, Filiz Abacıgil,(Ed.). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Ankara: Anıl Matbaa.
- Abacıgil, F., Turan, S. G., Adana, F., Okyay, P., & Demirci, B. (2019). Rational use of drugs among in patients and its association with health literacy. *Meandros Medical and Dental Journal*, 20(1), 64.
- Akagündüz, G. (2022). *Astımlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve astım kontrolü*, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın
- Aktaş H. K. (2021) *Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının ve Sağlık Algısının Değerlendirilmesi*, Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul
- Akyol Güner, T., Kuzu, A. & Bayraktaroğlu, T. (2020). Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 4 (3), 214-223. DOI: 10.25048/tudod.775075
- Akyön Ş. H. (2022) *Polifarmasi Yan Etkilerini Azaltmaya ve Akılcı İlaç Kullanımını Desteklemeye Yönelik Yapay Zeka Destekli Web Uygulama ve Tasarım Geliştirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara
- Alpaydın M. (2022), *Dahiliye Polikliniğine Başvuran Erişkinlerin Akılcı İlaç Kullanımına İlişkin Bilgi ve Tutumları ile Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, İstanbul
- Altuntaş, O. , Akı, E. & Huri, M. (2015). Kronik hastalıklarda ilaç kullanımının yaşam kalitesi ve sosyal katılıma etkisi üzerine nitel bir çalışma. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi* , 3 (2) , 79-86 .
- Ariffin, M., & Zakili, T. S. T. (2019). Household pharmaceutical waste disposal in Selangor, Malaysia—policy, public perception, and current practices. *Environmental Management*, 64(4), 509-519.
- Awad, A. I., Ball, D. E., & Eltayeb, I. B. (2007). Improving rational drug use in africa: the example of sudan. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal*, 13 (5), 1202-1211, 2007
- Aydemir, T. & Çetin, Ş. (2019). Kronik hastalıklar ve psikososyal bakım. *Journal of Anatolian Medical Research*, 4 (3), 109-115.
- Bakımlı, İ. (2023). *Yaşlı Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı Davranışları Ve Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Aydın Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Barlas Ö. (2023); *E-Sağlık Okuryazarlığının Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Etkisinde Dijital Okuryazarlığın Aracılık Rolü: Bozüyük Devlet Hastanesi Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi, Düzce

- Barnett-Itzhaki, Z., Berman, T., Grotto, I., & Schwartzberg, E. (2016). Household medical waste disposal policy in Israel. *Israeljournal of healthpolicyresearch*, 5(1), 1-8.
- Bayrak N. Y. (2018); *Dahiliye Kliniklerinde Yatan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Davranışlarının Belirlenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas
- Beggi, B. & Aşık, Z. (2019). Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların akılcı ilaç kullanımı yönünden değerlendirilmesi. *Ankara Medical Journal*, 19 (2) , 251-260 . DOI: 10.17098/amj.582021
- Bernell S, Howard SW. (2016). Use your words carefully: what is a chronic disease? *Front Public Health*.. [https://doi: 10.3389/fpubh.2016.00159](https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00159). PMID: 27532034; PMCID: PMC4969287.
- Bostancı Ş. (2019) *Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin yaşam kalitesi üzerine etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi
- Bound, J. P., & Voulvoulis, N. (2005). Household disposal of pharmaceuticals as a pathway for aquatic contamination in the United Kingdom. *Environmental Health Perspectives*, 113(12), 1705-1711.
- Yılmaz Büyükkata G. (2022); *Hipertansiyon Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı İle İlaç Uyumu Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara
- Canan Demirbağ, B. & Timur, M. (2012)). Bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11 (1), 1-8. DOI: 10.1501/Ashd_00000000070
- Chung, S. S., & Brooks, B. W. (2019). Identifying household pharmaceutical waste characteristics and population behaviors in one of the most densely populated global cities. *Resources, Conservation and Recycling*, 140, 267-277.
- Çakmak, V., & Pakyüz, S. Ç. A. (2021) Methodological study: development of the rational drug use scale. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 23(4), 498-507, 2021
- Çiftçi, K. İ. (2015). *Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık bakım hizmetinin belirlenmesi*, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum,
- Coşkun, N. C. , Sungur, M. A. , Aydın, M. , Solmaz, C. İ. , Turhan, E. Ç. , Dizman, B. , Çaput, F. & Yıldırım, İ. (2021). Batı Karadeniz Bölgesinde Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hasta ve Hasta Yakınlarının Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11 (2), 206-213. DOI: 10.33631/duzcesbed.828427
- Çot, D. A., Aytaç, N., & Akbaba, M. (2019). Adana Çukurova ilçesinde yaşayan hane halkının atık ilaç konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Sakarya Tıp Dergisi*, 9(3), 398-405.
- Demirbağ, B. C., & Timur, M. (2012). Bir grup yaşlının ilaç kullanımı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 11(1), 1-8.

- Demirci, Z. (2021). *Kronik hastalığı olan bireylerde sağlık okuryazarlığı düzeyi ile kronik hastalık uyum düzeyi ilişkisinin incelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Bursa
- Demirtaş, Z., Dağtekin, G., Sağlan, R., Alaiye, M., Önsüz, M. F., Işıklı, B., ... & Metintaş, S. (2018). Akılcı ilaç kullanımı ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği. *Eskişehir Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi* (ISSN: 2564-6311), 3(3).
- Deniz, S. (2019). Akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutum ve davranışların belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 619-632.
- Dieleman, J. L., Templin, T., Sadat, N., Reidy, P., Chapin, A., Foreman, K., ... & Kurowski, C. (2016). National spending on health by source for 184 countries between 2013 and 2040. *The Lancet*, 387(10037), 2521-2535
- Eichler, K., Wieser, S., & Brügger, U. (2009). The costs of limited health literacy: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 54(5), 313-324.
- Eker, Y. (2021). *Tip 2 diabetes mellituslu hastalarda sağlık okuryazarlığı düzeyinin tedaviye uyum ile ilişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi, Kırklareli
- Endir Çopurlar, C. & Kartal, M. (2016). Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10 (1) , 0-0 . DOI: 10.5455/tjfm.193796).
- Ekenler Ş , Koçoğlu D. (2016). Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2016; 3(3): 44-55
- Ercan, T. (2018). *Tüketicilerin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi Düzeyleri ve Davranışlarını Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi: Sivas İli Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas
- Ertaş, H. & Güden, M. A. (2019). Hastanelerde tıbbi atık yönetimi, *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 53-67. DOI: 10.35375/sayod.541876
- Ertem, A. A., & Güzel, A. (2022). İnternet bağımlılığı ve sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi: ankara ilinde bir çalışma. *Third Sector Social Economic Review*, 57(3), 2023-2038.
- Eser, N. (2021). *Gebelerin akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlık durumları ile arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir
- F. Ayhan (2021). *Aydın Efeler İlçesi 65 Yaş Üstü Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı, Uygun İlaç Kullanımı ve Maliyeti*, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın
- Gazmararian, J. A., Williams, M. V., Peel, J., & Baker, D. W. (2003). Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Education and Counseling*, 51(3), 267-275.

- Glassmeyer, S. T., Hinchey, E. K., Boehme, S. E., Daughton, C. G., Ruhoy, I. S., Conerly, O., ... &Thompson, V.G. (2009). Disposal practices for unwanted residential medications in the United States. *Environment International*, 35(3), 566-572.
- Göçgeldi, E., Uçar, M., Açikel, C. H., Türker, T., Hasde, M., & Ataç, A. (2009). Evlerde artık ilaç bulunma sıklığı ve ilişkili faktörlerin araştırılması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 8(2).
- Göktaş Ş A K (2022). *Kronik hastalığı olup eğitim asm'ye ilaç yazdırmak için başvuran hastaların ilaç kullanım durumları, ilaçları arasındaki etkileşim durumu ve akılcı ilaç kullanım düzeyinin değerlendirilmesi*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul
- Gül E. (2018) “*Yetişkin Bireylerde Sağlık Okuryazarlığının Yeme Davranışı ve Sağlık Algısı İle İlişkisinin İncelenmesi*” Yüksek Lisan Tezi, İnönü Üniversitesi, Isparta
- Gündüzalp, A. A., & Güven, S. (2016). Atık, çeşitleri, atık yönetimi, geri dönüşüm ve tüketici: Çankaya belediyesi ve semt tüketicileri örneği. *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E-Dergisi*, 9(1), 1-19.
- Güner, T. A., Ayşe, K. U. Z. U., & Bayraktaroğlu, T. (2020). Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 4(3), 214-22
- Güngör G. (2022) *Kronik hastalıklarda tedaviye uyum ile ilaç inançları ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- Güven A. (2016); *Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler Ve Sağlık Okuryazarlığı İle Hasta Güvenliği İlişkisi*, Yüksek Lisan Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- Güven M. (2019) *Karaman Devlet Hastanesi Genel Cerrahi Servisinde Yatan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgisi ve Davranışlarının Belirlenmesi*, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Karaman
- Halıcı F. (2020); *Hipertansif Bireylerin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Farmakolojik ve Non-Farmakolojik Tedaviye Uyumu Üzerine Etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara
- Horne, R., & Weinman, J. (1999). Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(6), 555-567.
- Ilgaz, A. (2021). Bir aile sağlığı merkezi'ne kayıtlı bireylerde sağlık okuryazarlığı seviyesi ve ilişkili faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 8(2), 151-159.
- Işık A. (2021) *Yetişkinlerde Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımının İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul

- İncesu, E. (2017). Akılcı ilaç kullanımında sağlık okuryazarlığı: Bir kamu hastanesi yatan hastaları üzerine bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 28-38
- İlhan, N., Telli, S., Temel, B., & Aştı, T. (2021). Health literacy and diabetes self-care in individuals with type 2 diabetes in Turkey. *Primary Care Diabetes*, 15(1), 74-79.
- Jullyana, S. S., Angelo, R. A., Carina, C. S., Daniel, T. S., Mairim, R. S., Alfredo, D. O. F., & Divaldo, P. L. J. (2012). Rational drug prescribing for elderly in patients in a Brazilian hospital: A pilot study. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 6(12), 877-882.
- Kan Z. (2022) *Sağlık Okuryazarlığı ile Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi
- Karakul C. (2022). *Ankara İli Polatlı İlçesinde Aile Sağlığı Merkezlerine Kayıtlı Nüfusta Kronik Hastalık Tanılı Populasyonda Sigara İçme Durumunun Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi Kronik Hastalık Tanılı Populasyonda Sigara İçme Durumunun Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi* Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara
- Keskin C & Baran M.F. (Eds), (2021), *Atıklar kavramı sınıflandırması ve yönetimi*, ISBN: 978-625-7562-35-5.
- Kılıç, Recep (2020). *Denizli İli Pamukkale İlçesindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Yetişkinlerde Akılcı İlaç Kullanımı* Yayınlanmış Uzmanlık Tezi. Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Denizli
- Kozak, F., Çevik Akyıl, R. (2021). Yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ile yaşam kalitesi ilişkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(3), 122-132.
- Krähenbühl-Melcher, A. M. (2005). *Hospital drug safety-role of the pharmacists* [Doctoral dissertation, University of Basel].
- Krähenbühl-Melcher, A., Schlienger, R., Lampert, M., Haschke, M., Drewe, J., & Krähenbühl, S. (2007). Drug-related problems in hospitals. *Drug Safety*, 30(5), 379-407.
- Kshirsagar, N. A. (2016). Rational use of medicines: Cost consideration & way forward. *The Indian Journal of Medical Research*, 144(4), 502.
- Kul Ö.E, (2018). *Kronik hastalıklarda ilaç tedavisi uyumu ve etkili faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara
- Kutner, M., Greenburg, E., Jin, Y., & Paulsen, C. (2006). *The health literacy of america's adults: results from the 2003 national assessment of adult literacy*. NCES 2006-483. National Center for education statistics.
- Lima, M. L., Luís, S., Poggio, L., Aragonés, J. I., Courtier, A., Roig, B., & Calas-Blanchard, C. (2020). The importance of household pharmaceutical products disposal and its risk management: Example from Southwestern Europe. *Waste Management*, 104, 139-147.
- Liu, L., Qian, X., Chen, Z., & He, T. (2020). Health literacy and its effect on chronic disease prevention: evidence from China's data. *BMC Public Health*, 20(1), 1-14.

- Luo, Y., Reimers, K., Yang, L., & Lin, J. (2021). Household drug management practices of residents in a second-tier city in china: opportunities for reducing drug waste and environmental pollution. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8544.
- Malatyalı, İ., Biçer, E. B., (2018). Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi örneği. *ASHD*, 17(2), 16-27.
- M. Celil (2022). *Akılci İlaç Kullanımı İle Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişki: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Örneği*, Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas.
- Nappo, S. A., & Bigal, A. L. (2021). Assessment of the level of health literacy of drug users in the Primary health care of the brazilian unified health system. *Research, Society and Development*, 10(11), e157101119444-e157101119444
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social science&medicine*, 67(12), 2072-2078.
- Nutbeam, D., & Kickbusch, I. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364. <http://www.jstor.org/stable/45152457>
- Okyay P, Abacıgil F. (2016). Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları*, 24-41.
- Osman C. (2022). *Zonguldak İlinde Bulunan Hastaların Akılci İlaç Kullanımı Hakkındaki Farkındalığının Değerlendirilmesi*; edited by Özmen, N., In medical sciences.
- Öktem, B. (2016). Atık yönetiminde entegre uygulama. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*, 6(2/1), 135-147.
- Özdemir, S., & Hatice, A. K. Ç. A. (2021). Türkiye’de sağlık okuryazarlığı. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(3), 535-536.
- Öztürk Z, Uğraş KG. (2017). Drug use and polypharmacy in elderly patients. *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 27(2):103-8.
- Ötegen V. R. (2017) *Adana İli Havutlu Mahallesiinde Akılci İlaç Kullanımıyla İlgili Tutum ve Davranışların Araştırılması*, Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi, Adana
- Parker, R. M., Wolf, M. S., & Kirsch, I. (2008). Preparing for an epidemic of limited health literacy: Weathering the perfect storm. *Journal of General Internal Medicine*, 23(8), 1273-1276
- Pınar, N. (2012). Ülkemizde ilaç harcamaları. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 19(1), 59-65.
- Rheault, H., Coyer, F., Jones, L., & Bonner, A. (2019). Health Literacy in Indigenous people with chronic disease living in remote Australia. *BMC Health Services Research*, 19(1), 1-10.

- Rogowska, J., & Zimmermann, A. (2022). Household pharmaceutical waste disposal as a global problem-a Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15798.
- Rogowska, J., Zimmermann, A., Muszyńska, A., Ratajczyk, W., & Wolska, L. (2019). Pharmaceutical household waste practices: preliminary findings from a case study in Poland. *Environmental Management*, 64(1), 97-106.
- Rolnick, S. J., Pawloski, P. A., Hedblom, B. D., Asche, S. E., & Bruzek, R. J. (2013). Patient characteristics associated with medication adherence. *Clinical Medicine&Research*, 11(2), 54-65.
- Sampaio, H. A. D. C., Carioca, A. A. F., Sabry, M. O. D., Santos, P. M. D., Coelho, M. A. M., & Passamai, M. D. P. B. (2015). Letramento em saúde de diabéticos tipo 2: fatores associados e controle glicêmico. *Ciência&Saúde Coletiva*, 20, 865-874.
- Saygı, Ş., Battal, D., & Şahin, N. (2012). Çevre ve insan sağlığı yönünden ilaç atıklarının önemi. *Marmara Pharmaceutical Journal*, 16(2), 82-90.
- Sezgin, D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *İLETİ-ŞİM*, 73-92.
- Slack, R., Gronow, J., & Voulvoulis, N. (2004). Hazardous components of household waste. *Critical Reviews in Environmental Science and Technology*, 34(5), 419-445.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Brand, H., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., & Slonska, Z. (2010). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.
- Soysal, A. & Şahin, E. (2020). Akılcı ilaç kullanımı: üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7 (3), 175-182.
- Student, D. B. A. P., & Büyükbayram, Z. (2021). The effect of rational drug use on health perception and drug compliance in chronic diseases. *International Journal of Caring Sciences*, 14(1), 497-506.
- Sürmelioglu, N., Kiroğlu, O., Erdoğan, T., & Karataş, Y. (2015). Measures for prevention of irrational drug use. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 24(4), 452-462.
- Tanrıöver MD, Yıldırım HH, Ready FN, Çakır B, Akalın H E.(2014). Sağlık ve sosyal hizmet çalışanları sendikası Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. *Ankara: Sağlık-Sen Yayınları*.
- Tosun, N. & Hoşgör, H. (2021). E-Sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı farkındalığı arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 22 (2) , 82-102 . DOI: 10.37880/cumuiibf.896847

- Uğrak, U., Uzuntarla, Y., Cihangiroğlu, N., & Akyüz, S. (2016). Kronik hastalık ile sağlık hizmetlerini kullanma eğilimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Abant Tıp Dergisi*, 5(3), 158-165.)
- Utlı, H. & Turan, M. (2020). 0-12 yaş arası çocuğa sahip ebeveynlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik tutumlarının incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 36 (2),87-95.
- Wang, C., Kane, R. L., Xu, D., & Meng, Q. (2015). Health literacy as a moderator of health-related quality of life responses to chronic disease among Chinese rural women. *BMC Women's Health*, 15(1), 1-8.
- URL-1;TCSB, *Yıllık Rapor*, 2023, Erişim: 24.05.2023, <https://stratejikplan.saglik.gov.tr/files/TC-Saglik-Bakanligi-2019-2023-Stratejik-Plan-Web-Katalog.pdf#zoom=55>
- URL-2; Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, WHO) (2022). *Non communicable diseases progress monitor*. Erişim: 24.05.2023, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- URL-3;TUİK, *Yıllık Rapor*, 2022. Erişim: 24.05.2023, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626>.
- URL-4;TCSB, *Yıllık Rapor*, 2022, Erişim: 24.05.2023. <https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/9843/0/saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017pdf>
- URL-5;TUİK, *Yıllık Rapor*, 2022. Erişim: 24.05.2023 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2020-37192>
- URL-6;TCSB, İlaç ve Tıbbi cihaz kurum raporu, Erişim: 24.05.2023: <https://www.titck.gov.tr/faaliyetalanlari/ilac/akilci-ilac-kullanimi>
- URL-7;TCÇŞB, *Yıllık Rapor*, 2023, Erişim: 24.05.2023. https://webdosya.csb.gov.tr/db/cygm/haberler/ulusal_at-k_yonet-m--eylem_plan--20180328154824.pdf
- URL-8;TCÇŞB, *Yıllık Rapor*, 2023, Erişim: 24.05.2023. https://webdosya.csb.gov.tr/db/ced/icerikler/tu-rk-yecevesorunlariveoncel-kler-_2020-20210401124420.pdf
- URL-9; TMMOB, Çevre Mühendisleri Odası, *Yıllık Rapor*, 2022, Erişim: 24.11.2022 :https://www.cmo.org.tr/resimler/ekler/0d4a5b926c005a6_ek.pdf
- Ünsal, A., Demir, G., Özkan, A. Çoban., Arslan, G.Gürol.(2011).Huzurevindeki yaşlılarda kronik hastalık sıklığı ve ilaç kullanımları. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*,12(3),5-10.
- Van der Heide, I., Poureslami, I., Mitic, W., Shum, J., Rootman, I., & FitzGerald, J. M. (2018). Health literacy in chronic disease management: a matter of interaction. *Journal of Clinical Epidemiology*, 102, 134-138.

- Watkins, S., Barnett, J., Standage, M., Kasprzyk-Hordern, B., & Barden, R. (2022). Household disposal of pharmaceuticals: attitudes and risk perception in a UK sample. *Journal of Material Cycles and Waste Management*, 24(6), 2455-2469.
- World Health Organization. (2002). Promoting rational use of medicines: core components (No. WHO/EDM/2002.3). World Health Organization.)
http://tfd.org.tr/sites/default/files/Klasor/Dosyalar/ebultenler/ktcg/57_2_burcak_deniz.pdf
- World Health Organization. (2021). Health promotion glossary of terms, 2021
- World Health Organization. (2002). Promoting rational use of medicines: core components (No. WHO/EDM/2002.3).
- Yeniçeri, Ş. (2019). *Çocuk acil hastaları ebeveynlerinin akılcı ilaç kullanımı ve yetişkin sağlık okuryazarlığı*. Yüksek Lisans Tezi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi.
- Yılmazel, G., & Çetinkaya, F. (2016). Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*; DOI: 10.5455/pmb.1-1448870518

EKLER

EK 1. VERİ TOPLAMA FORMU

I- SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Doğum tarihi:	Cinsiyet: () Kadın () Erkek
Eğitim durumu: () Okur yazar () İlköğretim () Lise () Üniversite ve üzeri	Gelir durumunuz: () Gelir-giderden az () Gelir-gidere eşit () Gelir-giderden fazla
Medeni durumunuz: () Evli () Bekar	Çalışma durumu: () Çalışıyor () Çalışmıyor
Sigara kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır	Alkol kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
Sosyal güvenceniz var mı? () Evet () Hayır	Sağlığınızı nasıl değerlendirirsiniz? () Çok iyi () İyi () Ne iyi ne kötü () Kötü () Çok kötü
Kronik Hastalıklarınız? () Diyabet () Hipertansiyon () Kalp yetmezliği () KOAH () Böbrek Hastalığı () Kanser () Diğer (yazınız):	Kronik hastalıklarınızın süresi? Hastalık adı Süre (ay)
Düzenli kullandığınız ilaçlar var mı? () Evet () Hayır	Düzenli kullandığınız ilaçları ve günde kaç kez kullandığınızı yazınız?
İlaçlarınızı her gün saatinde düzenli olarak kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır	Akılcı İlaç Kullanımı diye bir kavram duyduunuz mu? () Evet () Hayır
Sağlıkla ilgili bilgi için nereye başvurursunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz) () Doktor () Hemşire () Gazete () İnternet aracılığıyla () Diğer:	Sağlık okuryazarlığı kavramını daha önce duyduunuz mu? () Evet () Hayır
Akıllı cep telefonunuz var mı? () Evet () Hayır	İnternet kullanma durumunuz? () Kullanmam () Çok seyrek kullanırım () Haftada birkaç kere () Hergün
Ne kadar sık kitap okursunuz? () Hiç okumam () Ara sıra () Sıklıkla	Herhangi bir sağlık sorunu/hastalık durumunda ilk başvurduğunuz sağlık kuruluşu hangisidir? () Aile sağlığı merkezi (Aile hekimi) () Devlet hastanesi () Üniversite hastanesi () Özel hastane () Özel muayenehane

II-TÜRKİYE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI ÖLÇEĞİ (TSOY32)

Çok kolaydan çok zora doğru derecelendirecek olursanız aşağıdakileri yapmak sizin için ne derece kolay/zordur?	Çok kolay	Kolay	Zor	Çok zor	Fikrim Yok
1 Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bunun bir hastalık belirtisi olup olmadığını araştırıp bulmak					
2 Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konudaki herhangi bir yazıyı (broşür, kitapçık, afiş gibi) okuyup anlamak					
3 Sağlığınızla ilgili bir şikayetiniz olduğunda, bu konuda ailenizin ya da arkadaşlarınızın tavsiyelerinin güvenilir olup olmadığını değerlendirmek					
4 Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, hangi doktora başvurmanız gerektiğini araştırıp bulmak					
5 Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde başvurunuzu (randevu almak gibi) nasıl yapacağınızı araştırıp bulmak					
6 Bir sağlık kuruluşuna gitmek istediğinizde, telefon ya da internet aracılığı ile randevu almak					
7 Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri ile ilgili bilgileri araştırıp bulmak					
8 Doktorunuzun hastalığınızla ilgili açıklamalarını anlamak					
9 Doktorunuzun önerdiği farklı tedavi seçeneklerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek					
10 Sağlıkçıların (doktor, eczacı gibi) önerdikleri biçimde ilaçlarınızı kullanmak					
11 İlaç kutusundaki ilacı kullanmanıza yönelik talimatları anlamak					
12 Farklı bir doktordan ikinci bir görüş almaya ihtiyaç duyup duymadığınıza karar vermek					
13 Tahlil/tetkik öncesi hazırlıklarla (diyet uygulamak gibi) ilgili bilgileri anlamak					
14 Hastanede ulaşmak istediğiniz birimin (laboratuvar, poliklinik gibi) yerini arayıp bulmak					
15 Acil bir durumda (kaza, ani sağlık sorunu gibi) ne yapabileceğine karar vermek					
16 Gerekli olduğu durumlarda ambulans çağırmak					
17 Doktorunuzun size önerdiği şekilde, düzenli aralıklarla sağlık takip ve kontrollerinizi yaptırmak					
18 Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
19 Fazla kilolu olma, yüksek tansiyon gibi sağlığınız için zararlı olabilecek durumlarla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
20 Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
21 Sigara içme, yetersiz fiziksel aktivite gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılacağıyla ilgili sağlık uyarılarını anlamak					
22 Yaşınız, cinsiyetiniz ve sağlık durumunuzla ilişkili olarak yaptırmanız gereken sağlık taramaları (kadınlar için meme, erkekler için prostat kaynaklı hastalıklara yönelik taramalar gibi) ile ilgili bilgiyi araştırıp bulmak					
23 İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgileri anlamak					

24 İnternet, gazete, televizyon, radyo gibi kaynaklarda daha sağlıklı olmak için yapılması önerilen bilgilerin güvenilir olup olmadığına karar vermek					
25 Gıda ambalajları üzerinde sağlığını etkileyebileceğinizi düşündüğünüz bilgileri anlamak					
26 Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) sağlığı etkileyen olumlu ve olumsuz özelliklerini değerlendirmek					
27 Yaşadığınız çevrenin (ev, sokak, mahalle gibi) daha sağlıklı olması için neler yapılabileceği ile ilgili bilgileri bulmak					
28 Gündelik davranışlarınızdan hangilerinin (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) sağlığını etkilediğini değerlendirmek					
29 Sağlığınız için yaşam tarzınızı (spor yapmak, sağlıklı beslenmek, sigara kullanmamak gibi) değiştirmek					
30 Diyetisyen tarafından yazılı olarak verilen diyet listesini uygulayabilmek					
31 Ailenize ya da arkadaşlarınıza daha sağlıklı olmaları konusunda önerilerde bulunmak					
32 Sağlıkla ilgili politika değişikliklerini yorumlamak					

III-AKILCI İLAÇ KULLANIM ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki ifadelerden her birini okuduktan sonra bu ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını gösteren sütuna ait olan kutucuğun içine X işareti koyunuz.	Her zaman	Bazen	Hiçbir zaman
Davranışsal İnançlar			
1. Doktorun verdiği ilaçlar dışında başka ilaç kullanırsam zarar görebilirim.			
2. İlacımı bana önerildiği gibi kullanmaya dikkat etmezsem ilacın bana faydası değil zararı dokunur.			
3. Doktorun vermiş olduğu ilaçları doktorun/eczacının önerdiği sürede kullanmazsam faydadan çok zarar görürüm.			
4. Besin veya ilaç alerjim var ise; muayene sırasında doktora ve ilgili sağlık personeline söylemediğimde zarar görürüm.			
5. İlacımı düzenli olarak kullanmazsam hastalığımın ilerleyeceğini düşünürüm.			
6. Hasta olduğum zaman akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarımın tavsiyeleri ile zarar görme ihtimalinden dolayı ilaç kullanmaktan korkarım			
7. Önemli bir rahatsızlık atlanabilir diye düşündüğüm için muayene olmadan ilaç almam.			
8. Mikroplara karşı direnç geliştiği için gereksiz antibiyotik kullanmaktan kaçınırım.			
9. Gebelik, emzirme durumu, kronik hastalıkların varlığı ve başka ilaçların kullanımı gibi özel durumların doktora bildirilmesinin doğru tedavi için önemli olduğunu düşünürüm.			
Kontrol İnançları			
10. Doktorun verdiği ilacı, doktorun önerdiği şekilde kullanmayı önemserim.			
11. Daha çabuk iyileşmek için ilaçları düzenli kullanmaya özen gösteririm			
12. İlaç kullanmadan önce muayene olmak isterim.			
13. Hasta olunca doktora danışmadan antibiyotik kullanmaktan yanayım.			
14. Grip, soğuk algınlığı gibi durumlarda muayene olmadan, kendi başıma antibiyotik kullanırım.			
15. İlacın etkinliği azalması diye saklanma koşullarına dikkat ederim.			
16. İlaçları kullanmadan önce "son kullanma tarihine" bakarım.			
Tutum			
17. Hastalık durumunda evde bulunan ilaçlarla tedavi olmayı pratik bulurum.			
18. İlaçtan yarar görmüyorsam, doktora danışmadan ilacı kullanmayı bırakırım.			
19. Doktor reçete yazarken, evde bulunması için ilaç yazılmasını isterim.			
20. Ağrı kesiciye ihtiyacım olduğu zaman reçetesiz eczaneden alırım ve kullanırım.			
21. Evimde kullanılmamış veya yarım kalmış ilaç bulundururum.			
Subjektif Norm			
22. Hasta olduğum zaman eş, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarımın tavsiye ettikleri ilaçları kullanmaktan kaçınmam gerektiğini düşünüyorum.			
23. Benzer şikayetleri olan eş, akraba, arkadaş, komşu vb. yakınlarıma ilaç tavsiyesinden kaçınmam gerektiğini düşünüyorum.			
Niyet			
24. Bundan sonra muayene parası ödemek istemediğim için doktora gitmeden eczaneden ilaç almayı düşünüyorum.			
25. Bundan sonra doktorumu daha önce kullanmış olduğum ilaçlar ve varsa kronik hastalıklara ait raporlar hakkında bilgilendirmeyi istiyorum.			
26. Bundan sonraki tedavimden arta kalan ilaçları mutlaka sağlık kuruluşuna/eczaneye vermeyi planlıyorum.			
27. Bundan sonra bana verilen ilacın/ilaçların kullanımı ile ilgili bilgileri mutlaka doktoruma danışmayı istiyorum.			
28. Bundan sonra kullanmam gereken tüm ilaçları reçeteli olarak kullanmayı istiyorum.			
Bilgi			
29. Reçete ile ilaç alırken, reçetede yazılan ilaç olup olmadığı kontrol edilmelidir.			
30. Kullanılmayan ilaçlar çöpe/tuvalete atılmamalıdır.			

31. Hastalığın iyileştiği düşünölerek doktor kararı olmadan ilaç/antibiyotik planlanan süreden önce kesilmemelidir.			
32. İlaç kullanımı doktor kontrolünde olmalıdır.			
33. Gerekli olabileceği düşünösiyle hasta olmadan ilaç yazdırılmamalıdır.			
34. İlaçtan yarar görölmediğinde doktora başvurulmalıdır.			
35. İlacın yan etkileri ile karşılaşıldığında doktora başvurulmalıdır.			
36. İlaç kazalarını önlemek için çocuklar, yaşlılar ve engellilerin ulaşacağı yerde ilaçlar bırakılmamalıdır.			



IV-EVSEL İLAÇ ATIK FARKINDALIK FORMU

Evinizde hiç kullanılmamış veya yarım kalmış ortalama kaç kutu ilaç vardır? ☐ Hiç ☐ 1-2 kutu ☐ 3-5 kutu ☐ 6 ve üzeri	Evinizde her yıl ortalama kaç kutu ilaç son kullanım tarihi geçtiği için atılmaktadır? ☐ Hiç ☐ 1-2 kutu ☐ 3-5 kutu ☐ 6 ve üzeri
Uygun koşullarda saklanmamış, son kullanma tarihi geçmiş veya kullanılmayan ilaç atıklarını ne yapıyorsunuz? ☐ Çöpe atıyorum/lavaboya döküyorum ☐ Lazım olur diye son kullanma tarihi geçene kadar bekletiyorum ☐ Aileme/Komşularıma/ihtiyacı olanlara dağıtıyorum ☐ Eczanelere ya da hastanelere bırakmaya çalışıyorum ☐ Diğer (Belirtiniz:.....)	Kullanmadığınız ilaçları nasıl saklıyorsunuz? ☐ Buzdolabı ☐ Dolap ☐ Eczacı dolabı ☐ Diğer (Belirtiniz:.....)
Evde bulunan ilaçların son kullanma tarihlerini kontrol eder misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır	Evde bulunan ilaçların saklanma koşullarını kontrol eder misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır
Evde bulunan ancak sürekli kullanmadığınız ilaç grupları nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz?) ☐ Antibiyotikler ☐ Ağrı kesiciler ☐ Kas gevşeticiler ☐ Pomadlar/kremler ☐ Şuruplar ☐ Diğer (Belirtiniz:.....)	Reçete edilen ilaçlarınızı kullanma talimatına uygun şekilde bitene kadar kullanır mısınız? ☐ Evet ☐ Hayır
Çevreniz sizde işlerine yarayacak ilaç bulunacağını düşünerek sağlık sorunu yaşadığında sizden ilaç ister mi? ☐ Evet ☐ Hayır	İlaç dolabınızın ya da ilaçları sakladığınız yerin karışıklığından kullanmanız gereken ilaçları ayırmakta zorluk çeker misiniz? ☐ Evet ☐ Hayır
Evde yedekli ve bol miktarda ilaç bulundurmak güvende hissetmenizi sağlıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır	Doktorunuzun size bol miktarda ilaç yazması sizin memnuniyetinizi ve doktora güveninizi artırıyor mu? ☐ Evet ☐ Hayır

EK 2. YASAL/ÖZEL İZİN BELGELERİ

EK 2.1. ETİK KURUL İZNİ



T.C.

SİNOP ÜNİVERSİTESİ

İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Kararları

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
15.09.2022	6	2022/135-162

Sinop Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Prof. Dr. Erkal ARSLANOĞLU başkanlığında 15.09.2022 tarihinde 13.00-17.00 saatleri arasında toplanarak aşağıdaki kararları almıştır.

KARAR NO: 2022/149

Üniversitemiz Yüksek Lisans Öğrencisi Gamze ARAT'ın 01.09.2022 tarihinde Üniversitemiz İnsan Araştırmaları Etik Kuruluna online başvurusu ile ilgili görüşüldü.

Yüksek Lisans Öğrencisi Gamze ARAT ve Dr. Öğr. Üyesi Bilge BAL ÖZKAPTAN'ın "*Kronik Hastalığı Olan Bireylerin Akılcı İlaç Kullanımı, Sağlık Okuryazarlığı ve Evsel İlaç Atık Farkındalık Düzeyinin Belirlenmesi*" başlıklı çalışmaları ve çalışmalarında kullanacağı aşağıda örneği verilmiş altı (6) sayfalık ölçme araçlarının fikri, hukuki ve telif hakları bakımından metod ve ölçeğine ilişkin sorumluluğu başvurulara ait olmak üzere, "Kişisel Verilerin Korunması Kanununa" dikkat edilmesi şartıyla Üniversitemiz İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Yönergesine uygun olduğunun kabulüne, sonucun Üniversitemiz Yüksek Lisans Öğrencisi Gamze ARAT'a bildirilmesine oybirliği ile karar verildi.

1. Araştırmanın Amacı ve Önemi 2. Araştırmanın Tanımlanması 3. Araştırmanın Yöntemi 4. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 5. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 6. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 7. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 8. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 9. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 10. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu	1. Araştırmanın Amacı ve Önemi 2. Araştırmanın Tanımlanması 3. Araştırmanın Yöntemi 4. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 5. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 6. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 7. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 8. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 9. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 10. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu	1. Araştırmanın Amacı ve Önemi 2. Araştırmanın Tanımlanması 3. Araştırmanın Yöntemi 4. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 5. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 6. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 7. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 8. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 9. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu 10. Araştırmanın Etik Kuruluna Başvurusu
--	--	--

Karar No 2022/149 Sayfa 1/2

EK 2. 2. ÖLÇEK KULLANIM İZNİ

**Re: Ölçek Kullanım İzni Hk.**

Kimden: filizabaci

Kime: garat

8 Eylül 2022 15:47

Sayın Arat,
Kullanabilirsiniz.
İyi çalışmalar

Prof.Dr.Filiz Abacigil Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD/AYDIN

On Thursday, September 8, 2022 at 03:29:41 PM GMT+3, Gamze ARAT <

Sayın Hocam
Ben Sinop Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Disiplinlerarası Çevre Sağlığı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gamze ARAT. Yüksek Lisans tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Bilge BAL ÖZKAPTAN ile yapacağımız yüksek lisans tez çalışmamda geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olduğunuz TSOY-32(Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32) Ölçeğini eğer izin verirsiniz kullanmak istiyorum. Saygılarımla.

Gamze ARAT

**Re: Ölçek İzni Hk.**

Kimden: sezcinar

Kime: garat

1 Eylül 2022 13:07

Sayın Gamze Arat,
Tez çalışmanızda Alkolli İlaç Kullanımı Ölçeğini kullanmanızda bir sakınca yoktur.
Başarılar dileriz.

Prof. Dr. Sezgi Çınar Pakyüz

Android için Outlook edinin

From: Gamze ARAT <
Sent: Thursday, September 1, 2022 11:38:32 AM
To: se;
Subject: Ölçek İzni Hk.

Sayın Hocam
Ben Sinop Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Disiplinlerarası Çevre Sağlığı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gamze ARAT. Yüksek Lisans tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Bilge BAL ÖZKAPTAN ile yapacağımız yüksek lisans tez çalışmamda geliştirmiş olduğunuz Alkolli İlaç Kullanım Ölçeğini (AIKÖ) eğer izin verirsiniz kullanmak istiyorum. Saygılarımla.

Gamze ARAT

**Re: Ölçek İzni Hk.**

Kimden: pinarokuyay

Kime: garat

13 Eylül 2022 13:51

TSOY32.docx (19,9 KB) [İndir](#) | [Kaldır](#)

Sevgili Gamze,

Öncelikle ölçeğimize göstermiş olduğunuz ilgi için teşekkür ederiz.
SOY ile ilgili 2 adet ölçeğimiz var.
Bunlardan ilki Avrupa SOY Türkçe uyarlaması ASOY. Siz bunu kullanmak istiyorsanız Prof. Dr. Filiz Abacigil hocamıza başvurmanız gerekiyor.
fi
Ama Türkiye SOY yani TSOY'u kullanmak istiyorsanız, ben yetkiliyim; uygundur.
Ölçeği kullanmanız amacına hizmet etmek olur.
Ekte ölçek ile bilgi ve aşağıda da daha detaylı bir puanlama paylaşıyorum.
Umarım yeterli olur.
Selamlar.

Pınar

92

EK. 2.3. SİNOP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜBİLİMSEL ARAŞTIRMA İZNİ

SİNOP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

(Başvuru İnceleme Komisyonu Raporu)

İl Müdürlüğümüze bağlı Atatürk Devlet Hastanesi, Gerze Devlet Hastanesi, Boyabat 75.Yıl Devlet Hastanesi, Gerze Devlet Hastanesi ve Ayancık Devlet Hastanesinde yapılması planlanan bilimsel araştırma, tez, anket vb. başvuruları incelemek ve değerlendirmek üzere İl Müdürlük Makamının 26/07/2020 tarih ve E.679 Sayılı Onayı ile oluşturulan “Başvuru İnceleme Komisyonu” 12/10/2022 tarihinde İl Sağlık Müdürlüğümüz toplantı salonunda toplanmış ve aşağıdaki kararlar alınmıştır.

GENEL BİLGİLER

Araştırmacının Adı – Soyadı : Gamze ARAT

Araştırmanın Açık Adı : Kronik hastalığı olan bireylerin akılcı ilaç kullanımı, Sağlık okuryazarlığı ve evsel ilaç atık farkındalık düzeylerinin belirlenmesi.

Kurumu/Üniversitesi : Sinop Üniversitesi Disiplinlerarası Çevre Sağlığı Tezli Yüksek Lisans Programı

Çalışma Türü : Diğer(TÜBİTAK 2209-A nolu projeye başvurulmuş henüz sonuçlanmamış)

Çalışma Özeti : Bu çalışma; kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı, akılcı ilaç kullanımı ve evsel ilaç atık farkındalığı düzeyi arasındaki ilişkiyi belirleyerek; atıklar, evsel atıklar, tıbbi atıklar ve evsel ilaç atıklarıyla ilgili planlanacak çevre sağlığına katkı sağlayacak çalışmalarda kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okur-yazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı faktörlerinde değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

Çalışma Yöntemi : Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32, Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği, Evsel İlaç Atık Yönetimi Farkındalık Formu.

Çalışma Zaman Takvimi : 01/10/2022-30/05/2023

KARAR : Yukarıda genel bilgileri verilmiş araştırmanın Sinop Üniversitesi Disiplinlerarası Çevre Sağlığı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Gamze ARAT tarafından Atatürk Devlet Hastanesinde yapılması komisyonumuzca uygun görülmüştür. 12.10.2022

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Gamze ARAT

Yabancı Dili : İngilizce

Eğitim Durumu

Lise : Amasya Lisesi 2004

Lisans : Erciyes Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Fakültesi/Hemşirelik
Programı 2009

Yüksek Lisans :-

Mesleki Deneyim

İş Yeri : Amasya Kışlacık Köyü Vekil Hemşirelik 2010

İş Yeri : Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri 2010-2011

İş Yeri : Mustafa Kemal Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi
2011-2021

İş Yeri : Sinop Üniversitesi 2021- Halen Devam Etmekte