



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**AKILCI İLAÇ KULLANIMI: BATMAN İLİ MEKREZ İLÇESİNDE  
ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI  
KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

ABDULAZİZ CANGİR

YÜKSEK LİSANS TEZİ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Prof. Dr. MEHVEŞ TARIM

2019 - İSTANBUL

## TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Programın seviyesi : Yüksek Lisans  
Anabilim Dalı : Sağlık Yönetimi  
Tez Sahibi : Abdulaziz CANGİR  
Tez Başlığı : Akilci İlaç Kullanımı: Batman İli Merkez İlçesinde Çalışan Aile Hekimlerinin Akilci İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi  
Sınav Yeri : M. Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı  
Sınav Tarihi : 28.06.2019

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

### Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)

Prof. Dr. Mehveş TARIM

### Kurumu

Marmara Üniversitesi

İmza

### Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)

Dr.Öğr. Üyesi R.Özgür ÇATAR

Marmara Üniversitesi

Dr.Öğr. Üyesi Pınar KILIÇ AKSU

Yeditepe Üniversitesi

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu'nun 27.06/2019 tarih ve 119 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

*F. Arıcıoğlu.*  
Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

-Sınav evrakları 3 iş günü içinde ıslak imzalı tek kopya halinde Enstitüye teslim edilmelidir.

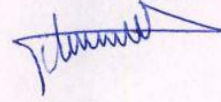
-Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

## BEYAN

### BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarımı ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Abdulaziz CANGİR



## TEŞEKKÜR

Tezimin danışmanlığını üstlenen, bu sayede birlikte çalışma fırsatı bulduğum için kendimi şanslı saydığım, akademik bilgi birikimi ve tecrübesini benden esirgemeyen, sıkıntı yaşadığım her durumda bana yol gösteren değerli danışmanım Sayın Prof. Dr. Mehveş TARIM'a minnet ve şükranlarımı sunarım.

Tez sürecimde yanımda olup desteklerini ve dualarını eksik etmeyen başta canım annem Cemile CANGİR ve babam Selman CANGİR olmak üzere kıymetli aileme; çalışmamı yapmamda gerekli izin işlemlerinde yardımcı olan Dr. Okan Cem KİTAPÇI ile Batman Halk Sağlığı Müdürlüğü yetkililerine ve anket çalışmamıza gösterdikleri özenli ilgiden dolayı Batman aile hekimlerine teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca araştırmamın anket çalışmasında ve verilerin analizi noktasında yanımda olan Ömer NASIROĞLU'na, Mücahit YENİ'ye, Şükrü COŞKUN'a, Bülent DERSE'ye, Merve AKBAŞ'a, Eşref YAŞAR'a Cemal HAN'a, Canberk GÜLMEZ'e, Songül EREN'e, Özge ÖZTÜRK'e Zeynep ÇOLAK'a, Zeynal ERTAŞ'a, Canan BULUT KORKMAZ'a Sevim KILIÇ ve isimlerini buraya yazamadığım Sağlık Bakanlığındaki amir ve çalışma arkadaşlarıma sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

## İçindekiler

ÖZET .....	1
ABSTRACT.....	2
1. AKILCI İLAÇ KULLANIMI .....	10
1.1. İlaç Tanımı .....	10
1.2. Akılcı İlaç Kullanımı Tanımı .....	10
1.3. Akılcı İlaç Kullanımının ilkeleri .....	11
1.3.1. Etkililik.....	11
1.3.2. Güvenlilik.....	11
1.3.3. Uygunluk.....	12
1.3.4. Tedavi Maliyeti (İlaçların fiyatı).....	12
1.4. Akılcı İlaç Kullanımının Akılcı Ölçütleri .....	13
1.5. Akılcı İlaç Kullanımının Tarafları .....	14
2. AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI .....	16
2.1. Akılcı olmayan ilaç kullanım nedenleri .....	17
2.1.1. Hekimlerden kaynaklanan nedenler .....	17
2.1.2. Eczacılardan kaynaklanan nedenler .....	17
2.1.3. Hastalardan kaynaklanan nedenler.....	18
2.2. Akılcı olmayan ilaç kullanımının sonuçları .....	18
2.3. Akılcı olmayan ilaç kullanımında alınabilecek önlemler.....	19
3. TÜRKİYE’DE VE DÜNYA’DA AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÇALIŞMALARI .....	20
4. TÜRKİYE’DE VE DÜNYA’DA FARMAKOJİVİLANS ÇALIŞMALARI .....	23
5. GEREÇ ve YÖNTEM.....	25
5.1. Araştırmanın Amacı.....	25
5.2. Araştırmanın Önemi.....	25
5.3. Araştırmanın Tipi .....	26
5.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	26
5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	26
5.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları.....	27
5.7. Araştırma Verilerinin Toplanması .....	27
5.8. Çalışmada Kullanılan Değişkenler.....	28
5.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi .....	28
5.10. Araştırma Etiği.....	29
6. BULGULAR.....	30
7. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	53
8. KAYNAKÇA.....	70
9. EKLER.....	77
10. ÖZGEÇMİŞ .....	85

## **KISALTMALAR ve SİMGELER**

<b>AİK</b>	: Akılcı İlaç Kullanımı
<b>AOİK</b>	: Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı
<b>ASM</b>	: Aile Sağlık Merkezi
<b>DK</b>	: Dakika
<b>DPT</b>	: Devlet Personel Teşkilatı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>SB</b>	: Sağlık Bakanlığı
<b>TİK</b>	: Türkiye İlaç Klavuzu
<b>TİTCK</b>	: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
<b>TSM</b>	: Toplum Sağlık Merkezi
<b>TÜFAM</b>	: Türkiye Farmakovijilans Merkezi

## **TABLolar**

**Tablo 1:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Cinsiyet Dağılımları, Mayıs2016, Batman.

**Tablo 2:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımları, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 3:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Meslek Unvanı Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 4:**Araştırmaya Katılan Hekimlerin Birinci Basamak Kuruluşunda Çalışma Sürelerinin Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 5:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Günlük Muayene Sayılarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 6:**Araştırmaya Katılan Hekimlerin Reçete Yazma Yüzdelerinin Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 7:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Reçetelerinde Yer Alan İlaç Kalem Sayısı Dağılımı, Mayıs 2016, Batman

**Tablo 8:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına Muayene İçin Ayırdıkları Ortalama Sürenin Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 9:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına Muayene Etmeden İlaç Yazma Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 10:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hasta İsteği ile İlaç Yazma Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 11:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yazdığı Reçetelerin Reçete Tekrarı Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 12:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastanın Kullandığı Raporlu İlaçlarının reçetelenmesi Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 13:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yazdığınız İlaçların Seçiminde Hastanın Sosyal Güvence Durumunu Dikkate Alması Durumu, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 14:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yazdıkları İlaçların Fiyatlarını Bilme Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 15:** Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde İlaç Harcamalarının Payı Hakkında Hekimlerin Düşüncelerinin Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 16:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi Alma Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 17:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Sık Karşılaştığınız Hastalıklar İçin Oluşturdıkları Kişisel İlaç Listesinin Var Olma Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 18:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına İsimleriyle Hitap Etme Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 19:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Reçeteye Yazdığı İlaçların Nasıl Kullanacağını Hastasına Anlatma Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 20:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastalarına İlacı Nasıl Kullanacağını Anlattıktan Sonra Tekrar Anlatma Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 21:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yazılan İlacın Hastaya Nasıl Kullanılacağını Anlatma Görevi Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 22:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Reçete Yazarken İlacın Fiyatını Dikkate Alma Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 23:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Hastasına İlaç Dışı Tedavi Önerme Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 24:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Eğitim Almak İsteme Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 25:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Görüş Bildirme Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 26:** İlaç Reçete Ederken Hastanın Aşağıdaki Anamnez Bilgilerinden Yararlanma Sıklıkları, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 27:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Eğitim Aldıkları Kurum Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 28:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Eğitim Aldıkları Yıl Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 29:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Eğitim Aldıkları Programın Türü Durumlarının Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 30:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin İlaç Seçerken Dikkate Aldıkları Kriterler, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 31:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin İlaç Yazarken Başvurdukları Kaynakların Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 32:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Tecrübelerine göre hastaların reçetelerine yazılması için talepte bulunduğu ilaçların önem sırası, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 33:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Reçetelerinin Şekillenmesinde Etkisi Olan Faktörlerin Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 34:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Yazdıkları İlacın Fiyatını Dikkate Aldıkları Durumların Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 35:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Nedir Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 36:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Eğitiminin Hangi Kuruluşça Verilmesini İstersiniz Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 37:** Araştırmaya Katılan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımını Geliştirmeye Yönelik Aşağıdaki Yöntemlerin Kullanılması Sizce Uygun Mudur Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 38:** Hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu ile Reçeteye yazılan ilaçların nasıl kullanacağını hastasına anlatma durumu arasında ilişki, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 39:** Hastaları tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu ile Reçeteye yazılan ilaçların nasıl kullanacağını hastasına anlatma durumu, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 40:** Cinsiyet ile hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 41:** Cinsiyet ile hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 42:** Hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu ile muayene edilen hasta sayısı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 43:** Hastaları tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu ile muayene edilen hasta sayısı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 44:** Hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu ile hastalara yazılan reçete oranı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 45:** Hastaları tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu ile hastalara yazılan reçete oranı, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 46:** Hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu ile hastalara ayrılan süre, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 47:** Hastaları tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu ile hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 48:** Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim alma durumu ile hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 49:** Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim alma durumu ile hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 50:** Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim alma durumu ile sık karşılaşılan hastalıklar için oluşturulan kişisel ilaç listesi bulunma durumu, Mayıs 2016, Batman.

**Tablo 51:** Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim alma durumu ile sık karşılaşılan hastalıklar için oluşturulan kişisel ilaç listesi bulunma durumu, Mayıs 2016, Batman.

# AKILCI İLAÇ KULLANIMI: BATMAN İLİ MERKEZ İLÇESİNDE ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI KONUSUNDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Abdulaziz CANGİR

Danışman: Prof. Dr. Mehveş TARIM

Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı

## ÖZET

**Amaç:** Akılcı ilaç kullanımı, ilaçların hem bireysel hem de toplumsal seviyede hastalıkların önlemedeki rolü nedeniyle önemli bir yere sahiptir. Bu çalışma Batman İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde çalışan aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmaya Batman ili merkez ilçesindeki aile sağlık merkezlerinde görev yapan 96 aile hekimi dahil edilmiştir. Hekimlere akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi düzeyi ve tutumlarını değerlendirmek üzere 38 soruluk bir anket uygulanmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan 96 hekimin %81,3'ü erkek (n=78), %18,8'i kadındır. Hekimlerin %24,0'si (n=25) 31-35 yaş grubunda yer almaktadır. Çalışmaya katılan hekimlerin %97,2'si (n=89) pratisyen hekim iken %7,3'ü (n=7) ise uzman hekimdir. Hekimlerin %36,5'i (n=35) birinci basamak sağlık kurumlarında çalışma süresi 6-10 yıl arasındadır. Hekimlerin %60,4'ü (n=58) ise hastalarını muayene etmeden ilaç yazmamaktadır. Araştırmaya katılan hekimlerin %47,9'u (n:46) yazdığı ilaçların seçiminde hastanın sosyal güvence durumunu bazen dikkate almaktadır. Hekimlerin %56,3'ü (n=54) toplam harcama içindeki ilaç harcama payını yüksek bulmaktadır. Hekimlerin %93,8'i (n=90) akılcı ilaç kullanımı konusundaki eğitimin Sağlık Bakanlığı tarafından verilmesini istemekte iken %20,8'i (n=20) meslek odası tarafından verilmesini istemektedir.

**Sonuç:** Akılcı ilaç kullanımı bilincinin aşılması için örgün ve yaygın eğitim olanakları kullanılmaya ve geliştirilmeye devam edilmelidir. Eğitim yanında, kazanılan tutum ve davranışların korunması ve desteklenmesi için gerekli idari düzenlemeler yapılmalıdır. Hekimlerin akılcı ilaç kullanımının çoğu bileşenleri konusunda, bilgi düzeylerini yetersiz görmeleri, ülkemizde mezuniyet öncesi ve sonrasında bu konuda ciddi sorunların olduğunu ortaya koymaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Akılcı ilaç kullanımı, Reçete, Hekim

# **RATIONAL USAGE OF DRUG: EVALUATION OF THE KNOWLEDGE AND ATTITUDES OF FAMILY PRACTITIONERS WORKING IN THE CENTRAL DISTRICT OF BATMAN ON RATIONAL DRUG USAGE OF DRUG**

Abdulaziz CANGİR

Supervisor: Prof. Dr. Mehveş TARIM

Department of Health Management

## **ABSTRACT**

**Objective:** Rational drug use has a particular importance due to the role that it plays in disease prevention both at individual and social levels. The aim of this study is to determine the knowledge, attitude and behavior of the family physicians working in Batman Provincial Health Directorate regarding rational drug use.

**Materials and Methods:** A total of 96 family physicians working in the family medicine centers in the central district of Batman province were included in the study. A questionnaire of 38 questions was applied to the physicians to assess their level of knowledge and attitude regarding rational drug use.

**Findings:** Out of 96 family physicians who participated in the study, 81.3% were male (n=78) while 18.8% were female. 24.0% of the physicians (n=25) were at the age group of 41-35 years. 97.2% of the physicians participating in the study (n=89) were general practitioners while 7.3% (n=7) were specialist physicians. 36.5% percent of the physicians (n=35) had a working experience of 6-10 years in primary healthcare facilities. 60.4% of the physicians (n=58) never prescribe any medicine without examining a patient first. 47.9% of the physicians participating in the study (n=46) sometimes take the social security of the patients into consideration when selecting which medicine to prescribe. 56.3% of the physicians (n=54) think that the share of drug spending in total expenditures is high. 93.8% of the physicians (n=90) prefer the Ministry of Health to provide the training on rational drug use while 20.8% (n=20) prefer the professional chamber to provide such training.

**Conclusion:** Both formal and non-formal education facilities should continue to be used and improved so as to raise awareness about rational drug use. In addition to education, administrative regulations should be made to maintain and support the developed attitude and behavior. The fact that the physicians consider their level of knowledge inadequate regarding most components of rational drug use shows that there are serious pre-graduate and post-graduate problems on this matter in Turkey.

**Keywords:** Rational medication, Prescription, Doctor

## GİRİŞ ve AMAÇ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ilaca “fizyolojik veya patolojik durumlarda, alanın yararı veya değişimi amacıyla kullanılan ve/veya kullanılması öngörülen madde veya ürün” şeklinde tanım getirilmektedir (Kayaalp, 2012). İlaçlar; kimyasal, bitkisel ve biyolojik kökenli, hastalıkların teşhisinde ve tedavisinde kullanılan ürünlerdir (Akkurt, 2016).

İlaçla ilgili dikkat edilmesi gereken ana prensip; uygun zaman, uygun nitelikte, uygun ölçüde ve uygun şekilde kullanılabilmesidir. Bundan dolayı ilaç sağlık hizmetlerinin önemli bir bileşeni olmanın yanı sıra, günümüz sağlık sorunları içerisinde de ciddi bir yer kapsamaktadır (Doğukan, 2008).

Yanlış ilaç kullanımı insan hayatına son verebilirken, doğru kullanıldığı zaman ise insan sağlığını ve hayatı tehdit edici durumları ortadan kaldırmaktadır. Uygun dozlarda ve uygun zamanda kullanıldığında ilaçların insan sağlığına katkısı tartışılmazdır (Mollahaliloğlu, 2000). Akılcı ilaç kullanımı (AİK), hem bireysel hem de sosyal seviyelerde hastalıkların önlenmesindeki rolü nedeniyle ayrı bir öneme sahiptir (Özçelikay, 2011).

Sağlığın korunmasında, sürdürülmesinde ve iyileştirilmesinde en temel tıbbi gereksinim durumunda bulunan ilacın, doğru ve uygun kullanımı için bir takım kural geliştirilmiştir. Bu kurallar Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün koordinesinde akılcı ilaç kullanımı (AİK) ilkeleri olarak tanımlanmıştır (Mollahaliloğlu ve ark., 2011). DSÖ’nün tanımladığı şekliyle akılcı ilaç kullanımı; hastanın klinik ihtiyaçlarına cevap verebilecek, yeterli dozda, uygun zaman dilimlerinde ve en düşük maliyetle tedavi sürecinin gerçekleştirildiği kurallar bütünüdür (Alpdoğan, 2018). İlaçların tüketicisi konumunda bulunan hastalara hangi ilacın uygulanacağına karar veren hekim, ilacın teminini gerçekleştiren eczacı, ilacın uygulayıcı konumunda bulunan hemşire ve ilacın uygulandığı hasta bütün olarak değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmede ilaçlar hakkında bilgilerinin sınırlı olmasından yola çıkarak, ilaç tercihinden, ilaç hakkında bütün bilgilerin hastaya iletilmesine kadar ilaçların tüketim aşamasının yönetiminde “bilirkişi” olarak ilacı reçete eden hekimler bulunmaktadır. Bundan dolayı, AİK konusunda özellikle doktorlar olmak üzere tüm sağlık paydaşlarının üstlendiği görevi optimal bir şekilde yerine getirmesi beklenmektedir (Mollahaliloğlu ve ark., 2011).

Dünya geneli ilaç kullanımında, akılcı ilaç kullanımı ile alakalı bu kurallardan istenilen performansın maksimum düzeyde alındığını söylemek mümkün değildir. Akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) şeklinde tanımlanan, bütün ülkelerin önemle üzerinde çalıştığı ve AİK’in gerektirdiği kurallara uyulmamasından kaynaklanan ortak bir sağlık sorunudur.

Ülkelerin AOİK'in ana sebeplerini ortaya çıkarmasına karşın bu problemin çözümüne ilişkin ilerleme sağlayamamıştır. Günümüz dünyasında özellikle gelişmekte olan ülkelerde çözüme kavuşturulması beklenen önemli bir sağlık sorunudur. Dünya genelinde özellikle gelişmekte olan ülkelerde tıbbi amaçla sarf edilen ilaçların büyük bir çoğunluğu akılcı olmayan yollarla sarf edildiği düşünülmektedir.

İlaçları kullanan insanların da yarısına yakını ilaçları doğru kullanmamaktadır (Aydın ve Gelal, 2012). Bilinçsiz ilaç kullanımı birçok basit hastalığın tedavisini zorlaştırır. Mevcut ilaçların mantıksız kullanımı sağlık için büyük bir tehdit oluşturmakla beraber aynı zamanda ciddi miktarda israfa da neden oluyor (Salgın, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, rasyonel ilaç kullanımının başarısını sağlamak için, hekim ile birlikte diğer sağlık personeli ve toplumun rasyonel ilaç kullanımı konusundaki bilgi seviyesini artırmak gerekmektedir. Bu durum, ulusal düzeyde eğitim, politika ve düzenlemeler gerektirir. Akılcı ilaç kullanımında başarıya ulaşmada hekimlerin rolü büyük önem taşımaktadır. Çünkü hastalarla ilk temas eden ve onları yönlendiren hekimlerdir. Tedaviyi düzenlemeleri, gerektiğinde uygun ilacı seçmeleri, tedaviyi izlemeleri ve tedavinin sonucunu değerlendirip ve hastalarla iletişim kurmalarından dolayı hekimlerin ilaç bilgileri, akılcı ilaç kullanımının başarısını doğrudan etkiler (Salgın, 2018).

Toplumumuzda, hastaların tedavi sürecinde ilaç kullanımına bağımlı olma algısı baskındır. Bu durum doktorlar için önemli bir sorun teşkil etmektedir. Örneğin, insanlar küçük bir baş ağrısında bile ilaç kullanma gereksinimi duyabilmektedir. Öte yandan, hekimlerin tutumu, hastalardan gelen hastaların ilaç istekleri karşısında istenen düzeyde değildir. Hekimlerin, özellikle çok sayıda hasta olduğunda, muayene etmeden hastalara ilaç reçete ettikleri de bilinen önemli bir gerçektir.

Akılcı ilaç kullanımı üzerindeki önemli etkisinden dolayı üzerinde önemle durulması gereken kuşkusuz hekim paydaşı olacaktır. Rasyonel olmayan ilaç kullanımı problemi ile mücadele etmede doktorların var olan çalışma prensiplerinin değiştirilmesine yönelik tedbirlerin alınması ve bilgi seviyelerinin artırılmasının konu ile ilgili çözüm yollarının başında gelmektedir (Akdağ, 2011).

Rasyonel olmayan ilaç kullanımı probleminin temelinde doktor kaynaklı sebepler yer almaktadır. Bunun nedeni ise hekimlerin, hastaların tedavi sürecinde bilirkişi olarak görev almalarıdır (Laing ve ark., 2001). Hekimler; tıp eğitimleri esnasında akılcı ilaç kullanımı ilkelerini gereğince öğrenememeleri, öğrenilen teorik ilaç bilgisinin uygulama sürecinde yeterince pekiştirilemediğinden kaynaklı sorun yaşamaları, reçete yazma pratiğini tam olarak deneyimlemeden mezun olmaları gibi mezuniyet öncesine bağlı nedenlerden dolayı

akılcı ilaç kullanımını uygulamakta sorun yaşamaktadırlar (Mollahalilloğlu ve ark., 2011).

Hekimler mezun olmadan önce rasyonel ilaç kullanımı hakkında yeterli eğitim almayan, ihtiyaçlarına uygun reçete yazamayan ve gerekli bilgileri eksik almadan kaynaklı birçok sorun ile karşı karşıya kalabilir. Tedavinin amaçlanan doğrultuda doğru ilacın reçete edilmesinde hastanın yaşı, cinsiyeti, gebelik durumu, kronik hastalığı, kullandığı diğer ilaçları ve sosyokültürel farklılıklarının her biri etkileyebilmektedir. Bundan dolayı ilaçla tedavi sürecinin başarısı hekimlerin akılcı ilaç kullanımı eğitimleri ile doğru orantılıdır.

AOİK konusunda yapılan araştırmalarda tespit edilen nedenlerin başında ihtiyaçtan fazla ilacın reçete edilmesi, uygun olmayan antibiyotik kullanımı, ilaçların doğru şekilde alınmaması, maliyeti yüksek ilaçların tüketimi, ihtiyaç gerekmeksizin ilaçların enjeksiyon formlarının yazılması, hastaya ilaçları hakkında yeterli açıklıkta bilgilerin aktarılmaması, tedavisi sürecinde hastayla iletişimde yetersiz kalınması ve buna benzer AİK yaklaşımının yeteri kadar uygulanamamasından kaynaklı nedenler gözlemlenmiştir (Akici ve ark., 2004). Bu nedenlerle birlikte konu ile ilgili yetersiz eğitim, istenilen düzeyde bilgi kaynaklarına ulaşamamasına; düzenleyici ve denetleyici mekanizmalardan kaynaklı alt yapı yetersizliğinden, parasal yetersizliklere, hastaların aşırı taleplerinden, mesleğini hakkıyla icra edemeyen hekimlerin taklit edilmesine ve buna benzer çok sayıda faktörden kaynaklı olarak bölgeler arasında oldukça farklılık gösteren birden fazla sebebi vardır. Genel olarak bu nedenler birbiri üzerinde etkili olmakta ve problemi daha da içinden çıkılmaz hâle getirmektedir (WHO, 2002). Bundan dolayı karmaşık hâllerin çözüme kavuşturulması, AOİK sorununun çözümüne ilişkin güçlüklerin yorumlanmasını kolaylaştırmaktadır.

Hastaların tedavisinde “bilirkişi” konumunda hekimler yer aldığına göre, AOİK probleminin asıl nedenini de hekimlerden kaynaklanan sebeplerin oluşturması beklenen bir durumdur (Laing ve ark., 2001). Hekimler, mezuniyet öncesinde aldıkları eğitimlerde AİK ilkelerini istenilen düzeyde benimseyememeleri, “ilaç merkezli” teorik farmakoloji bilgileri ile pratik uygulama aşamasını gerçekleştirmede yetersiz kalmaları, ilaç reçete etmede yeterli pratiği yapmadan okulu bitirmeleri gibi mezuniyet öncesi ile ilgili benzer bir çok sebepten dolayı AİK’i uygulamakta problem ile karşılaşmaktadırlar. Geleneksel farmakoloji eğitimi olarak okulu bitiren yeni mezun doktorların çoğu, tedavi ettikleri hastaları için uygun ilacın reçete edilmesi ve hastalarına verilmesi gerekli bilgileri sunma hususunda birden fazla zorlukla karşı karşıya kalmaktadırlar. Klinik uygulamada tanıdan ilaca giden yaklaşım çerçevesinde tedavi görenlerin cinsiyeti, yaşı, vücut ölçüleri, nedeni tam olarak belirlenemeyen başka sağlık sorunları ve sosyokültürel yapılarının tamamı tedavi tercihlerinde etken olabilmektedir. Bundan dolayı tedavi sürecinin iyi idare edilmesi,

verilecek AİK eğitimi ile hemen hemen aynı öneme sahiptir. AİK eğitimine tabi tutulmadan tıp fakültesini bitiren doktorlar ilaç yazma yetilerini ve hastalarının tedavi protokollerini çoğu zaman klinikteki deneyimli meslek mensuplarını veya standart tedavi şeklini taklit ederek geliştirmeye çalışmaktadırlar. Problemin bu seviyesinden sonraki bölümünün çözümüne ilişkin konuya has okul sonrası eğitim metotları hayata geçirilmeye çalışılmakta ve bu mevzunun idealize edilmesi amacıyla uzaktan eğitim modelleri, AİK eğitimleri, reçete performansı izleme neticelerinin geri dönüşleri gibi çözüm odaklı metotlar uygulanmaktadır. Bunun yanında eğitim kaynaklı problemlerin haricinde hekimler, hekimlik pratikleri esnasında da AOİK ile alakalı başka problemle de karşılaşmaktadırlar. İlaç ile ilgili bilgi ve görüşler devamlı değişiklik göstermektedir (WHO, 2009). Tedavi maliyetini değerlendirmede en temel faktör olan ilaç bedelleri sık sık değişkenlik göstermektedir. Var olan ilaç piyasasına yenileri girmekte ve kullanıma devam edilen ilaçlar ile alakalı tecrübeler genişlemektedir. Advers etkilerin anlaşılması daha iyi olmakta ve var olan ilaçlar için yeni endikasyonlar, yeni tüketim yolları ve bunlara uyumlu farmasötik şekiller geliştirilmektedir. Sonuç olarak, bir doktorun ilaç tedavisiyle alakalı bu gelişmelerin bütününe bilmesi ve izlemesi beklenir (WHO, 2007).

### **Problemin Durumu**

Akılcı ilacı kullanımı, dünyada ve ülkemizde son yıllarda araştırmacıların üzerinde sıkça durduğu bir çalışma alanı durumundadır. İlaçların olumlu etkilerinden çok akılcı kullanılmadığında insan sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri de araştırılmaktadır. Yapılan çalışmalarda ilaç tüketim paydaşlarında ilaçların savurgan ve bilinçsiz bir tavırla tüketildiğini ortaya koymuştur. Akılcı ilaç kullanımını etkileyen en önemli faktör doktorların özellikle de pratisyen hekimlerin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi düzeyleri ve tutumlarıdır. Özellikle aile hekimlerinin ilaç reçetelenmesi istatistiğinin önemli bir payına sahip olduğu görülmektedir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda rasyonel olmayan ilaç tüketiminde hekimden kaynaklı nedenlerin önemli bir yer tuttuğu anlaşılmaktadır (Salgın, 2018). Akılcı ilaç kullanımının en önemli paydaşının hekimler olması ve akılcı olmayan ilaç kullanımından kaynaklı nedenlerde önemli bir paya sahip olmalarından dolayı bu araştırmada ele alınacak konu; AİK'ında hekimlerin konu ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesidir.

### **Araştırmanın Amacı**

Akılcı olmayan ilaç kullanımı önemli sağlık sorunu olmakla birlikte ekonomik yönden de sağlığa ayrılan bütçeye önemli bir yük getirmektedir. Ülkemiz genelinde akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilimsel araştırma sayısı mahallî çalışmalardan ibarettir.

Yapılan çalışmanın amacı, Batman ili merkez ilçesinde çalışan aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı konusundaki görüşlerini tespit etmek ve konu ile ilgili bilgi ve tutumları hakkında genel bir değerlendirme yapmaktır. Bununla birlikte akılcı ilaç kullanımı ile ilgili daha sonra literatüre kazandırılacak akademik çalışma ve uygulamalara veri, öneri ve yazın hazırlanması da amaçlanmıştır. Sözü edilen amaçlar çerçevesinde, aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımındaki rolü ortaya konulacak ve akılcı ilaç kullanımına ilişkin karşılaşılan problemler saptanarak çözüm önerileri sunulacaktır.

İfade edilen amaçlar doğrultusunda, aşağıdaki hipotezler geliştirilmiş ve doğruluğu araştırılmıştır.

H1: Akılcı ilaç kullanımının hekimlerin konu ile ilgili eğitim almış olmalarıyla ilişkisi vardır.

H2: Hastaların akılcı olmayan ilaç kullanımı üzerinde hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusundaki tutumları etkilidir.

H3: Hastaların akılcı ilaç kullanımı üzerinde hekimlerin hastaları bilgilendirmesi yeterlidir.

H4: Aile sağlık merkezlerinde çalışan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitim ve bilgilendirmeye ihtiyaçları vardır.

### **Araştırmanın Önemi**

İlaçlar, hastalığın tedavi sürecinde hekimlerin en çok yararlandığı veridir (Melli, 2010). Fakat hekimlerin konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmaması, deneyim eksikliği ve yeterli özeni göstermemesi gibi durumlarda, yazdıkları ilaçlar tedavinin başarısız olmasına ve kişilerin önemli rahatsızlıklar yaşamasına sebep olabilmektedir. Akılcı ilaç kullanımı, tedavinin başarısı amacıyla hekimlere temel prensipleri ve yaklaşımları önerir. Söz edilen ilke ve yaklaşımları uygulayabilmek için öncelikle var olan durumun bilinmesi gerekmektedir. Bundan dolayı akılcı ilaç kullanımının en önemli paydaşı konumunda yer alan hekimlerin akılcı ilaç kullanımında var olan etkilerinin ortaya çıkarılması gerekmektedir. Son yıllarda yapılan istatistikî verilerine göre, ilaç harcama miktarı düzenli bir şekilde artış göstermiştir. Hekimlerinin ilaç yazma oranının yüksek olması bu artışın en

önemli sebepleri arasında yer almaktadır. İlaç harcamalarındaki bu durum bile hekimlerin akılcı ilaç kullanımında üzerinde önemle durulmasını gerektiren sebeplerden birisidir (Salgın, 2018).

Akılcı ilaç kullanımı ve aile hekimliği ile ilgili farklı platformlarda ayrı ayrı yapılan araştırmalar olmakla birlikte iki konunun beraber çalışıldığı ve aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı üzerindeki etkisi hakkında yapılan araştırma sayısı yeterli değildir. İlaç özelinde aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı üzerindeki etkisinin anlaşılması insan sağlığına önemli etki edeceği için bu çalışma, önemli bir konu olarak görülmüştür.

### **Sayıtlar**

Araştırmanın akılcı ilaç kullanımında aile hekiminin rolünün belirlenmesine yönelik yeterli ve güvenilir veriler toplayacak nitelikte olduğu varsayılmıştır. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin, uygulanan anketteki sorulara hiçbir yönlendirme olmadan tarafsız olarak cevap verdikleri varsayılmıştır. Ayrıca seçilen örneklemin de evreni yansıttığı varsayılmıştır.

### **Sınırlılıklar**

Bu araştırma Sağlık Bakanlığına bağlı Batman ili aile sağlığı merkezlerinde görev yapan aile hekimlerinden alınan cevaplarla sınırlıdır. Değerlendirme metodu olarak anket kullanılmıştır. Kullanılan anket 38 sorudan oluşmaktadır. Anket, hedeflenen amaçlar doğrultusunda sadece aile hekimleri üzerinde uygulanmıştır. Araştırmanın tüm giderleri araştırmacının kendi imkânlarıyla karşılanmıştır. Bu çalışma Batman ili ile sınırlı olduğundan genellemez.

### **Tanımlar**

**İlaç:** Vücudun herhangi bir fonksiyonunu değiştirmek, vücutta fiziksel bir değişim oluşturmak veya teşhis, tedavi ve hastalıklara karşı direnç göstermesi amacıyla kullanılan bitkisel, kimyasal ve biyolojik kökenli ürünlerdir (Özçelikay, 2011).

**Akılcılık:** Akla dayanan, doğruluğun ölçütünü duylarda değil, düşünmede ve tündengelimli çıkarmalarda bulan öğretilerin genel adıdır (<http://www.tdk.gov.tr>, Erişim tarihi: 20 Nisan 2017).

**Akılcı ilaç kullanımı:** Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları, kişisel gereksinimlerini karşılayan dozlarda, yeterli bir süre boyunca, kendilerine ve topluma en az maliyet ile kullanmaları” olarak tanımlanmıştır (Pilgir, 2017).

**Akılcı olmayan ilaç kullanımı:** Akılcı ilaç kullanımının tanım, ilke, koşul ve

sorumluluklarının tersi yönünde bir davranış veya uygulama, akılcı olmayan ilaç kullanımı olarak adlandırılmaktadır.

**Reçete:** Hastaların ihtiyaçlarına ve kişisel özelliklerine göre düzenlenen, hastalar tarafından tedarik edilmesi ve kullanılması için hekimler tarafından eczacılara yazılan ve belirli standartları olan bir belgedir (Akıcı ve Kaptanoğlu, 2013).

**Aile hekimliği:** Hekimin kendisine çalışma alanında yaşayan herhese yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmadan, birinci basamak sağlık hizmetlerini verdiği bir uygulamadır (Akdağ, 2004).

# 1. AKILCI İLAÇ KULLANIMI

## 1.1. İlaç Tanımı

DSÖ ilaca “fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, alıcının yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan ya da kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün” şeklinde tanım getirmektedir (Kayaalp, 2012). İlaçlar, belli bir standart da aktif madde içeren biyolojik etkinliğe sahip olup genellikle bitkisel ve hayvansal kaynak oluşumludur (Aktay, 2003).

İnsanlara ya da hayvanlara bir rahatsızlığın teşhisi, tedavisi ve önlenmesi amacıyla uygulanan maddeleri belirten genel terimdir. İlaçlar, ağrıları ya da başka rahatsız edici durumları azaltmak, zihin ve bedeni normale çevirmek ve denetim altında tutmak için tüketilirler. Reçeteye verilen bir ilacın hekim ya da diş hekimi tarafından özel olarak yazılması gerekir. Reçetesiz verilen ilacın alınması ve kullanılması için ise, meslekten bir kişinin onayı gerekmez (<https://elma-kapsulu.blogspot.com> Erişim tarihi. 12 Mayıs 2019).

## 1.2. Akılcı İlaç Kullanımı Tanımı

DSÖ, sağlık ve sağlığa erişmekte eşitlik ilkesine göre, ilaca erişebilirliğini uzun süreli ilaç politikasının ayrılmaz bir parçası olarak görmüştür. Bu nedenle gün geçtikçe yeni çözüm yolları ortaya konulmakta geliştirilmeye çalışılmaktadır. Alınan önlemlerden biri, “Akılcı ilaç Kullanımı” uygulamalarıdır (Sağlık Bakanlığı, 2006).

DSÖ 1985 yılında Nairobi’de düzenlenen bir toplantı da, akılcı ilaç kullanımını; “hastaların ilaçları klinik gereksinimlerine uygun biçimde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almaları için uyulması gereken kurallar bütünü” olarak tanımlamıştır (WHO, 1985).

İlaçların akılcı kullanılması insan sağlığı ve ülke ekonomisine olan katkısı ile kaynakların gereksiz kullanımının önüne geçilmesi gibi sebeplerle her geçen gün dünyada daha çok önem kazanmaktadır (WHO, 2010). AİK, ilaçların hem kişisel hem de toplumsal düzeyde hastalıkların bertaraf etmesindeki rolü nedeniyle sağlıkta önemli bir yeri vardır (Abacıoğlu, 2005).

AİK süreci, hastanın şikâyetlerinin tanımlanması, uygulanacak tedavinin ortaya konulması, etkililiği onaylanmış ve güvenilir bir tedavi metodu seçilmesi, daha sonra uygun bir ilaç yazıp hastaya anlaşılır bir şekilde anlatılarak tedavi sürecinin başlanması, tedavinin sonuçlarının değerlendirilmesini kapsayan tutumları gerektirmektedir. Hastaya doğru bir

yöntemle tanı konmasından sonra, var olan alternatifler içerisinde en uygun ilacın veya ilaç dışı tedavi yöntemin belirlenmesi ve buna göre ilacı yazacak olan hekimin mesuliyeti ve tutumu, AİK sürecinde en önemli bileşenlerdir. AİK ilkelerini uygulanmasında hekim dışında, ilacı temin eden eczacılara, uygulamasını yapan yardımcı sağlık personeline, ilacın üretildiği alana, gerekli izin ve denetimlerden sorumlu resmi kurum ve kuruluşlar ile ilacın tüketicisi konumunda bulunan hastalara önemli görevler düşmektedir (Le Grand, 1999).

Sonuç olarak akılcı ilaç kullanımı, bir hastalığın önlenmesi, kontrol altında tutulması ve sonunda tedavi edilmesi için doğru ilacın, doğru miktarda, doğru zaman ve uygun fiyatlarda alınmasıdır. Akılcı ilaç kullanımının önemi toplumda ve sağlık alanında gün geçtikçe önemi artmaktadır (Akkurt, 2016).

### **1.3. Akılcı İlaç Kullanımının ilkeleri**

İlaçların reçete edilmesine ve bilimsel ilaç tercihinde hekimlere destek olması düşüncesi ile iyi reçete yazma rehberi DSÖ tarafından hazırlanmıştır. Hazırlanan bu rehber, ilaç tercihinde güvenilirlik, etkinlik, uygunluk ve maliyet ölçütlerini kapsamaktadır. DSÖ'nün belirlediği ilkeler hekimler tarafından rehber edilerek en sık karşılaşılabilecekleri hastalıkların tedavi süreci için ilaç listesi ve tedaviler oluşturmaları gerekmektedir (Gülhan, 2013).

#### **1.3.1. Etkililik**

İlacın kullanım nedenini tam olarak karşılayan kriterdir. Planlaması yapılacak tedavinin amacına ulaşmasında ne ölçüde katkıda bulunduğu göz önüne alınarak belirlenir. Bu kriterde ilacın farmakodinamik ve farmakokinetik özellikleri belirleyicidir ( <http://dergipark.gov.tr>, Erişim tarihi: 15 Mayıs 2019). Aslında birçok ilaç olmasına rağmen belli sayıda farmakolojik grup vardır. İlaç sektörü tarafından üretilen ilaçların çoğunluğu "yeni bir etki mekanizması" değil, gerçekte eski etki mekanizmalarının diğer bir çeşididir. Bundan dolayı ilaçların farmakokinetik özellikleri göz önüne alınarak, en etkili ilaçların seçilmesine özen gösterilmelidir (Ambwani ve Mathur, 2007).

#### **1.3.2. Güvenlilik**

İlaç yan etki /karşıt etki görülme sıklığı, bu problemlerin tıbbi açıdan taşıdığı şiddet/ciddiyet durumu ve bu bakımdan potansiyel riskin/sağlanacak faydaya oranının boyutu güvenliliği belirler. İlacı reçete etmeden önce hastanın ilaç alerji ve yan etkileri anamnezde sorgulanmalıdır. Başvuran hastaların bir kısmına oluşabilecek ilaç yan etkileri tam alınan anamnezle önlenabilmektedir. İlacın olumlu etkisi olabileceği gibi olumsuz (yan etki) etkisinin de olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (Eşkazan, 2008).

### 1.3.3. Uygunluk

İlacın uygunluğunu birçok faktör belirleyebilir. Mesela ilacın kontrendikasyonları, kullanım sıklığının az veya çok olması, kullanım kolaylığı, rahat erişebilirlik, ilaç-ilaç etkileşimi, ilaç-besin etkileşimi, hastanın komorbiditesi, yaşı, hamilelik ve emzirme durumu vb, özel hasta gruplarında kullanım kolaylığı/zorluğu bulunup bulunmaması, enteral/parenteral kullanımlar vb. bu ölçütte belirleyicidir. Kullanım şartlarını zorlayan her bir faktör ve bunun alt kırımları, uygunluk bakımından değer yitirilmesine yol açar ( <http://dergipark.gov.tr>, Erişim tarihi: 15 Mayıs 2019).

- a) Bu hasta için etken madde ve dozaj şekli uygun mu?
- b) Bu hasta için standart doz şeması uygun mu?
- c) Bu hasta için standart tedavi süresi uygun mu?
- d) Farmasötik şekli uygun mu?

Şeklinde sorulara hekim cevap aramalıdır (Eşkazan, 2008).

Tedavi sürecinde özellikleri iyi bilinen, güvenli ilaçlar tercih edilmelidir. Tedaviye optimal dozda başlanıp doz artışı yavaş yavaş artırılmalıdır. Bireysel tedavi tanımından yola çıkarak doz ayarlaması, hastanın ilaca verdiği yanıtı göre yapılmalıdır. Tedavi süreci düzenli takip edilmeli ve gereksiz olduğu düşünülen ilaçlar tedaviden çıkartılmalıdır.(Eşkazan, 2008).

Yaşlılığa bağlı rahatsızlıklar, gebeler, emziren kadınlar, çocuklar, böbrek ve karaciğer yetmezliği olanlar, ilaç alerjisi öyküsü olanlara ilaç verilirken dikkat edilmesi gereken yüksek risk gruplarıdır.

Yeni ilaçlar yeni sorunlar yaratabileceğinden dolayı, ilaç eklenmesi gerçek anlamda hastanın yaşam kalitesini artıracak ise tercih edilmelidir. Hasta, ilaç eklenmeden önce mevcut durumda kullandığı ilaçlarla "ilaç-ilaç etkileşimi" yönünden, günlük alışkanlıkları (tütün-alkol dahil), besin-ilaç etkileşimi yönlerinden irdelenmeli ve tedavinin başarılı olması için hasta ve/veya yakınları ile hekim arasında tam bir iletişim olmalıdır ( Eşkazan, 2008).

### 1.3.4. Tedavi Maliyeti (İlaçların fiyatı)

İlaç, ister devlet ister sigorta şirketleri isterse de hastanın kendisi tarafından karşılanın tedavi maliyeti mutlaka irdelenmelidir. Hastaların "en iyi olanı değil de" geri ödeneni talep edebileceğinden dolayı hekim, hastasının sağlık sigortasının içeriği ve geri ödeme koşullarını bilmelidir. Aynı zamanda, tedavinin birim ve toplam maliyetleri de incelenmelidir.

AİK, hastaların klinik bulgularına ve kişisel özelliklerine göre en uygun ilacı, uygun

süre ve dozajda ve en uygun maliyetle sağlayabilmeleridir. Özetle AİK ilkeleri:

- ✓ Etkinliği, uygunluğu ve güvenliği içermelidir.
- ✓ Tedavide doğru tanı esastır.
- ✓ İlaçlar; uygun ilaç, uygun süre, doğru uygulama yolu ve yeterli dozda uygulanmalıdır.
- ✓ Tedavinin başarısı, yan etkiler ve hasta uyumu değerlendirilmelidir.
- ✓ Çok zaman ilaç etkileşimleri öngörülebilirliklidir.
- ✓ Tedavinin; maliyeti ve gerçekleştirilebilirliği mutlaka değerlendirilmelidir (<http://www.akilciilac.gov.tr>, Erişim tarihi: 10 Mayıs 2010).

#### 1.4. Akılcı İlaç Kullanımının Akılcı Ölçütleri

Akılcı ilaç kullanımı en başta politika yapıcılar olmak üzere, ilaç endüstrisinin, hekimlerin, eczacıların, sağlıkçıların ve toplum olarak bütün paydaşların akılcı davranmasını gerektirmektedir (Kayaalp, 2012). Bütün bu paydaşların akılcı davranış sergileyebilmeleri, iyi niyetli davranışın gösterilmesi ile birlikte, yeterli düzeyde bilgi ve beceriyle ilgilidir.

Akılcı ilaç kullanımının “akılcılık” ölçütleri tanı, tedavi ya da korumaya ilişkin tıbbi süreçlerdeki farklı etkinliklerle alakalıdır. Bu ölçütlerden bazıları şöyle sıralanabilir;

1. İlaç lojistiğini belirleme
2. İlaçların seçimi
3. İlaç yönetiminde akılcılık
4. İlaçların kullanımı
5. İlaç reçete etme süreci
6. Reçete cevaplama süreci
7. İlaç bilgisi desteği (Abacıoğlu, 2005).

1- İlaç Lojistiğini Belirleme: İlaçların temin edilme ve dağıtım aşaması, ilaçların sevk edileceği yerler vaktinde ve iyi bir şekilde aktarılabilmesine imkan sağlayacak nitelikte olmalıdır (Doğukan, 2008).

2- İlaçların Seçimi: İlaçlar, gereksinim duyulan yerde ve zamanda, maddi açıdan ve diğer yönlerden rahatlıkla elde edilebilir olmalıdır (Ertemür, 2009). İlaçların seçimi, hedef grubun ihtiyaçları doğrultusunda akılcı bir finansman yönetimi ve yeterli pazarlık yeteneği gerektirir. Kaynak, kalite, maliyet, ödeme koşulları bileşenlerinin en uygun bileşkesi oluşturulmalıdır. Bu nokta, gerek halk sağlığı, gerekse ülke ekonomisi bakımından önem taşımaktadır (Şahingöz, 2012).

3-İlaç yönetimi: İlaç yönetiminde akılcılık “Ulusal İlaç Politikası” çerçevesinde ele alınmalıdır. Bütün paydaşların fikir birliğinde uzlaştığı son durum, politika yapıcıların

desteği ile uygulamaya konulmalıdır. Ulusal ilaç politikasının planlanması-uygulanması-izlenmesi kademelerinde görev alanlar tüm bilgi ve yeteneklerini bu yönde kullanmaladırlar (Wald, 1998).

4- İlaçların Tknetimi: AİK’de görev, hasta, sağlıklar, toplum ve kitle iletişimcileri arasında paylaşılmaktadır. Toplum, sağlık-hastalık-ilaç tedavisi konusunda bilgilendirilmelidir. AİK’nin her basamağında ilaç bilgisine ihtiyaç vardır (Akkurt, 2016).

5-İlaç Reçete Etme Süreci: Doğru tanının konmasıyla birlikte başlayan reçeteleme süreci tedavide ilaç gerekip gerekmediğine karar verilmesi, alternatif ilaçların etkililik-uygunluk-güvenilirlik-ekonomik olma yönünden değerlendirilmesi, tedavinin planlanması ve izlenmesi basamaklarını içerir (Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1993).

6-Reçete Cevaplama Süreci: Akılcı ilaç kullanımında reçete cevaplama sürecinin en önemli paydaşı eczanelerdir. Reçetenin doğru yorumlanmasıyla başlayan sürec reçetenin karşılanmasını (ilaçların verilmesini/hazırlanmasını), hastanın yazılı-sözlü biçimde eğitilmesini, hekimle gerekli iletişimin sağlanmasını ve tedavinin izlenmesini içerir (Toprak, 2013).

7-İlaç Bilgi Desteği: Akılcı ilaç kullanımına yönelik kararların verildiği her aşamada, ilaç ile ilgili bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır. İlaç bilgisi, objektif, doğru, tam, güncel, ulaşılabilir ve kullanılabilir olmalıdır (şahingöz, 2012). Farklı kaynaklardan (mevzuat, ilaç endüstrisi, akademik camia, meslek örgütleri, yazılı ve görsel basın vs.) akan ilaç bilgisinin nicelik ve niteliği, bahsi geçen ltler doğrultusunda sürekli değerlendirilmelidir (İnce, 2018).

### **1.5. Akılcı İlaç Kullanımının Tarafları**

AİK’nın hekimler, eczacılar ve ilaç endüstrisinin oluşturduğu *arz ayağı*; tüketicilerin/toplumun oluşturduğu *talep ayağı*; devlet, sivil toplum kuruluşları ve geri ödeme kurumunun oluşturduğu *düzenleyici ve denetleyici mekanizmaları* olmak üzere temelde üç tarafı bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı AİK alıştay Raporu, 2006).

Tanının konulması ve uygun ilaç temin etme süreçleri, hekimin görev alınında olan tıbbi-iktisadi bir faaliyet olup, AİK’nın arz ayağında ilk sırada görevli olan hekimdir. İlacın yasal yönden elde edileceği yasal alan ise eczanedir. Eczanede ilaçlar, endikasyon alanlarına göre çeşitli farmakolojik-terapötik sınıflamalar içerisinde bulunmaktadır. Sağlık otoritesinin izni ile oluşturulmuş, hekim reçetesine bağlı olan, ya da reçetesiz verilebilen ilaçlar olmak üzere iki tür ilaç kategorizasyonu eczanede hastaya sunulmaktadır. Her iki seçenekte de ilaçların hastaya verilmesi ve hastanın ilaçla ilgili bilgilendirilmesi eczacının görevidir.

Eczacı üstlendiği bu sorumluluk ile AİK'da önemli bir görev üstlenmektedir (Oktay, 2006). Tedavi kurumları olan hastane ve poliklinik hizmetlerindeki ilaç tüketiminde, asıl sorumluluk sahibi hekim olmakla birlikte ilacı veren eczacı, uygulayan hemşire ve yardımcı sağlık personelinin de görevi bulunmaktadır. Bu bakış açısından hem hekim, hemde eczacı ve yardımcı sağlık personeli AİK ilkeleri ile ilgili gerek tıp fakültelerinde gerekse de çalışmaya başladığı dönemde uygun eğitimi almak ve sürdürmek zorundadır (Özata ve ark., 2006).

AİK'da arz bileşeninin diğer bir ögesi de ilaç endüstrisidir. İlaç endüstrisi, sağlık profesyonellerine ürünleri hakkında doğru bilgilendirme yapmak ve gerekli eğitimleri vererek ilaçların ne şekilde tüketileceğini açık bir şekilde açıklamak sorumluluğu taşımaktadır. Paylaşılan görüşler geçerli bilimsel doğruları temel almalı ve yan etkilere, kontrendikasyonlara ve alınması gereken tedbirlere olduğunca yer vermelidir (Oktay, 2006).

AİK'nin talep bileşeni tüketicilerden oluşmaktadır. AİK'nin talep ayağındaki en önemli paydaşını kuşkusuz hastalar oluşturacaktır. Ülkemizde yetkili kişilere müracaat edilmeden ilaç tüketilmesi, başkalarının önerisine göre hareket edilmesi, önceden geçirdiği hastalıkla benzer bulgulara sahip olduğunda elinin altında bulunan ilaçların kullanılması, hekim tarafından reçete edilen ilaçların uygun zamanda temin edilmemesi AİK'de hasta uyumu açısından en çok rastlanılan problemlerdir (Oktay, 2006). Öte yandan hasta uyumunu etkileyen pek çok etken bulunmaktadır. Bunlar:

- Hastanın bilgi düzeyi
- Hastanın genel anlamda uyumu
- Günlük hayata göre düzenlenmiş tedavi
- Hastanın tedaviye bakış açısı ve inancı
- Çoklu ilaç kullanımınıdır (Eşkazan, 2008).

AİK'nin bir diğer bileşeni ise düzenleyici ve denetleyici mekanizmalar pozisyonunda bulunan politika yapıcılar, sivil toplum kuruluşları ve geri ödeme kurumunun bulunduğu bileşenden oluşmaktadır. Son kullanıcıya varılana kadar ilaçlar; geliştirme, üretim, depolama ve dağıtım aşamaları gibi birçok evreden geçmektedir. Tüketicieye etkin ve güvenilir ürün ulaşması adına tüm süreçler denetim altında olup, ülke genelinde üretilen ve yurtdışından ithal edilen bütün ilaçların belirli bir kalite standardında olmasının garanti altına alınması amaçlanmaktadır. Denetimlerle ilgili tüm süreçler ülkemizde Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu İlaç Denetim Dairesi Başkanlığınca yürütülmektedir.

## 2. AKILCI OLMAYAN İLAÇ KULLANIMI

Akılcı İlaç Kullanımı ilkeleri ve bu sürecin getirdiği kurallara uyulmaması Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı (AOİK) olarak tanımlanır. AOİK özellikle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere bütün dünyada önemli bir halk sağlık sorunu olup beraberinde ekonomik sorunları ortaya çıkarmaktadır (Khor, 2005).

AOİK; nedenleri arasında ekonomik, sosyokültürel, eğitim eksikliği, sağlık politika ve yasaları, ilaç erişim imkanları, bilinçsiz tüketici gibi birçok nedenden kaynaklanabilmektedir. Bu nedenlerin birçoğu birbirini etkileyebilmekte ve sorunu daha da karmaşık hale getirebilmektedir. AOİK'nin en temelinde hekimlerden kaynaklanan nedenler yer almaktadır (Işık ve ark., 2004). Bundan dolayı, AOİK halk sağlığı bakışı ile incelenmeli ve ele alınmalıdır (Ekenler ve Koçoğlu, 2016).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı birçok istenmeyen durumu beraberinde ortaya çıkarmaktadır. Bu durumlardan biri de ülke bütçesine verilen zarardır. Akılcı olmayan kullanım neticesinde ilaç harcamalarına ayrılacak yüksek bütçe, devletin ve ilgili paydaşların imkân ve kaynaklarını zorlayacaktır (Laing, 1990; Sürmelioglu ve ark., 2015). Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunu haline gelen AOİK, Sağlık Bakanlığı aracılığıyla alınan tedbirler ve çeşitli farkındalık yaratma çalışmaları çerçevesinde devam etmektedir.

Akılcı olmayan ilaç kullanımında en sık karşılaşılan durumlar aşağıda sıralanmıştır (WHO, 2002; Acar ve Yeğenoğlu, 2005; Akıcı ve Uzuner, 2013).

- Hastalara çok fazla ilaç verilmesi
- Etik dışı yollarla ilaçların tanıtımı
- Bakteriyel olmayan enfeksiyonlar için yetersiz dozajda uygunsuz antimikrobiyal kullanımı
- Antibiyotiklerin bilinçsiz kullanımı ve oluşan direnç
- İlaç seçiminde maliyet açısından uygun olanın yerine daha pahalı olanın reçete edilmesi
- Gereksiz yere ilaç reçete edilmesi ve ilaç kullanılması
- Oral yönteminin daha uygun olduğu durumlarda enjeksiyonların aşırı kullanımı
- Klinik yönetmeliklere uygun reçeteleme yapılamaması
- İlaçların reçete edilmeden alınması ve kendi kendine tedaviye başvurulması
- İlaç kullanımına ilişkin bilgilendirmenin hastalara tam olarak aktarılmaması
- Bilinçsiz olarak bitkisel ürünlerin tüketilmesi

Dünya üzerindeki tüketilen ilaçların önemli bir payı DSÖ'nün tahminlerine göre yanlış bir şekilde kullanılmaktadır. Türkiye'de yapılan çalışmalardan elde edilen sonuçlara bakılırsa tahmin edilen verinin ülkemiz için de geçerli olduğu anlaşılacaktır (Aydın ve Gelal, 2012).

### **2.1. Akılcı olmayan ilaç kullanım nedenleri**

İnsanların, bilinçsiz ve akılcı olmayan ilaç kullanımına neden olan etkenler günümüzde dünyada ayrıntılı bir şekilde incelenen bir konudur. AOİK'nin ortaya çıkmasında sosyo-kültürel, ekonomik, eğitim ve yönetsel gibi çok fazla etken olduğu bilinmektedir (Mollahaliloğlu ve Aşkın, 2004). Uygulamada en sık karşılaşılan yanlış ilaç kullanım durumları, reçetelenme hataları ve ilaçların uygun olmayan şekilde tüketilmesi söylenebilir (Krähenbühl-Melcher ve ark., 2007). İlaç reçete etme hataları, hastanın tedavisinin etkisiz kalmasına ve olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir (Hocaoğlu ve ark, 2011). Akılcı olmayan ilaç kullanımının nedenlerini hekim, hasta, sağlık sisteminin yapısı, ilaç endüstrisi, ekonomik yapı, yasal düzenlemeler şeklinde ifade etmek mümkün olmakla birlikte çalışmamızda hekim, eczacı ve hastadan kaynaklı nedenlere yer verilecektir (Salgın, 2018).

#### **2.1.1. Hekimlerden kaynaklanan nedenler**

Eğitim ve bilgi noksanlığı, kılavuzlarda yer almayan reçeteleme şekilleri, hasta sayısının fazla olması, aşırı ve gereksiz antibiyotik ve enjeksiyonların kullanımı, uygun olmayan doz önerisi, ilaçların yanlış sürelerde, yanlış şekilde, hatalı dozlarda kullanımı, hastalara yeteri kadar zaman ayıramama, “her hekim her ilacı yazabilir” gibi yanlış düşüncelerin var olması, iş yükünün fazlalığı sebebiyle hem yeni bilgilere erişme ve kullanma hem de hastalara aktaramama gibi sorunlar, sosyal ve politik zorlamalar, tecrübe eksikliği ve ilaçların etkisi hakkında yanlış kanılar hekim kaynaklı sorunlardır (Akıcı ve ark., 2009).

#### **2.1.2. Eczacılardan kaynaklanan nedenler**

Reçete edilen veya reçetesiz olarak yazılan bir ilacı uygun dozda ve hekimin önerdiği şekilde hastaya anlatmak ve hastanın ilaç kullanımını hakkında bilgilendirilmesini sağlamak hekime olduğu kadar eczacıya da ait bir görevdir. Bundan dolayı eczacılar AİK'te önemli bir yere sahiptir.

Eczacılardan kaynaklanan sebeplerin başında hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası alınan eğitimler yetersiz olmaktadır. Bununla birlikte, geri ödeme sistemleri ve bürokrasiyle ilgili sorunlar, eczacının hastasıyla ilgili tıbbi öykü ve tedavisine yönelik bilgi

almaya dikkat etmemesi, iş yoğunluğu nedeniyle ilaç sunumuna gerekli zaman ayrılamaması, eczanedeki yardımcı elemanların reçeteyi karşılaması ve ilaç sunumu yapması, eczacının eczanede durmaması, advers etki bildirim noktasındaki bilgi eksiklikleri, maddi kaygılar, mesleki tatmin düşüklüğü, bilgi azlığı, ilacın yanlış verilmesi, reçetesiz ilaç sunumu, reçete içeriğine gerekli önemin verilmemesi gibi sorunlar da eczacı kaynaklı sorunlar olarak karşımıza çıkmaktadır (Özata ve ark., 2006).

### **2.1.3. Hastalardan kaynaklanan nedenler**

Hastalardan kaynaklanan nedenler; tedaviye uyumsuzluk, ilacın uygulama yolu, uygulama süresi, uygulama dozu ve doz aralıklarının uygunsuz olması, ilaçların ihtiyaçtan fazla kullanımı, aşırı duyarlılık, ilaç hakkındaki eksik bilgisi, bilinen doğru yanlışlar, ihtiyaç olmadığı halde birden fazla ilaç tüketimi, ilaçların su dışında başka sıvılarla alınması, kullanma tarihi geçmiş ilaçların tüketilmesi, hekim onayı olmadan uygun olmayan kişisel tedavilerin tercih edilmesi, reçetesiz ilaç temini, saklama koşullarının uygun olmaması, ilaç-ilaç etkileşimleri ve besin-ilaç etkileşimlerinin ihmal edilmesi, bilinçsiz gıda takviyesi ve bitkisel ürünlerin kullanımı, ilaç advers/yan etkilerinin ihmal edilmesi, gereksiz yere enjeksiyon kullanımı, gereksiz ve uygunsuz vitamin kullanımı, ve gereksiz antibiyotik alımı ve benzeri durumlar olarak sıralanabilir (Peköz, 2018).

Yukarıda anlatılanların yanı sıra; promosyon ve ilaç endüstrisinden kaynaklanan nedenler, ilaç maliyetleri ve harcamalarına ilişkin nedenler, gerekli ilacın gereken zaman ve miktarda sağlanamaması gibi ilaç sağlama sisteminden kaynaklanan sorunlar da söz konusu olabilmektedir (Krähenbühl-Melcher ve ark., 2007).

## **2.2. Akılcı olmayan ilaç kullanımının sonuçları**

Akılcı olmayan ilaç kullanımı koşullarında toplumsal yönden pek çok problemin ortaya çıkması kaçınılmazdır (Abacıoğlu, 2005). Söz konusu problemler arasında ilaçla tedavi kalitesinin düşmesi sonucu morbidite ve mortalite oranlarındaki yükseliş, maddi kaynakların yanlış kullanılmasıyla, neticede temel ilaçlara bile ulaşılabilirliğin azalması ve tedavi maliyetlerinin daha da artması; acil ve temel ilaçlara karşı gelişebilecek dirence dayalı olarak tedavinin ekonomik ve sosyal maliyetinin artması ve ilaçların yan etki riskinin artması sayılabilir (Hocaoğlu, 2011).

Toplumu ilgilendiren diğer önemli bir problem de hastaların ilaç bağımlısı olması ve ihtiyaç olmadığı halde ilaca artan talep gibi psikososyal etkilerin ön plana çıkmasındaki artıştır (Ertemür, 2009). Sorunların giderilmesinde ise, mezuniyet öncesi, hizmet içi ve

topluma yönelik eğitim stratejilerinin geliştirilmesi ve izlenmesi, bunların yönetsel ve mevzuat düzenlemelerini içeren çalışmalarla desteklenmesi akılcı ilaç kullanımı yönündeki engellerin aşılmasında etkin olacaktır (Doğukan, 2008).

### **2.3. Akılcı olmayan ilaç kullanımında alınabilecek önlemler**

Akılcı olmayan ilaç kullanımı sorununun çözümüne yönelik Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ)'nün genel kuralları ile birlikte ülkelerin kendi sağlık politika ve düzenlemeleri çerçevesinde aldıkları bazı tedbirler de bulunmaktadır (Mollahaliloğlu ve Tezcan, 2002). Ülkelerin genellikle hazırlanan bütçede önemli bir payı olan ilaç harcamalarını azaltmaya yönelik bir dizi önlemler aldıkları görülmektedir. Bu doğrultuda ülkeler, AİK'nin önemli bileşenleri arasında yer alan sağlık sigortaları, eczacılar ve diğer ilgili kurum ve kuruluşlarla çeşitli sözleşmeler yapmaktadır (Demirkıran ve Şahin, 2010). Temel ilaçların kullanılması ile ilgili DSÖ'nün eylem planı, eğitim alanında ortaya konulmuş somut bir gelişmedir. Buna göre, farmakoterapi eğitiminin uygulandığı tıp fakültesi öğrencilerinin, AOİK sorununun çözümünde önemli rolleri olduğu söylenebilir (Salgın, 2018).

Dünya Sağlık Örgütü'nün AİK'in teşvik edilmesi için belirlediği ve ülkelere önerdiği 12 temel düzeltici faaliyet aşağıda sıralanmıştır (WHO, 2002).

- İlaç tüketim politikalarını koordine edecek ve bunların etkilerini takip edecek bir kurumun oluşturulması
- Klinik tanı ve tedavi kılavuzlarından faydalanması
- İlk seçenek tedavileri esas alan temel ilaçlar listesi oluşturulması
- Hastanelerde ve bölgelerde ilaç ve tedavi kurulları yapılanması
- Mezuniyet öncesi müfredatında probleme dayalı ilaçla tedavi eğitiminin verilmesi
- Hizmet içi sürekli tıp eğitimlerinin sağlanması
- İzleme, değerlendirme ve geri bildirim sistemlerinin kurumsal çerçevede geliştirilmesi
- İlaçlar konusunda tarafsız bilgi kaynaklarının kullanılması
- İlaçlar hakkında kamuoyunun eğitilmesi
- Etik olmayan mali girişimlerden kaçınılması
- Uygun ve zorunlu düzenlemelerin hayata geçirilmesi
- Personellerin ve ilaçların mevcudiyetini garanti altına almaya yönelik tedbirlerin alınması

### 3. TÜRKİYE’DE VE DÜNYA’DA AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÇALIŞMALARI

Dünya genelinde otuz yılı aşkın sürdürülmekte olan AİK çalışmaları ülkemizde de önemli bir çalışma sahası bulmuştur. Türkiye’de AİK faaliyetleri ilk olarak 1990’lı yıllarda başlamıştır. Bu faaliyetlerin bazıları, kurumsallaşma, eğitim, araştırma, akademik gibi isimler etrafında yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı söz konusu çalışmaların geneline ya doğrudan öncülük etmiş ya da dolaylı olarak katkıda bulunmuştur (Aksoy ve ark., 2015).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığınca AİK ile ilgili ilk çalışmalar 1992 yılında başlatılmış olup, 1992–1994 yılları arasında sahada (Eskişehir ve Bilecik’te) hekimlerin ve halkın akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi, tutum ve davranışını tespit etmeye yönelik çalışmalar yapılmıştır (İnce, 2018).

1993 Nisan’da Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından “Akılcı İlaç Kullanımının Alfabetesi” isimli kitap basılmıştır (TİK, 1999). 1997 yılında Türkiye’nin bu konuda nerede bulunduğu tespit edilerek gerekli insan gücünün geliştirilmesi amacıyla beş öğretim üyesi ve bir Sağlık Bakanlığı personeli bu konu ile ilgili eğitim almaları için Hollanda Groningen Üniversitesi Klinik Farmakoloji Anabilim Dalı tarafından verilen “Akılcı İlaç Kullanımı Eğitici Eğitimi” programına gönderilmişlerdir (Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü Raporları, 2005).

Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili çalışmalar Eylül 1999 yılında “Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı İlkelerinin yerleştirilmesinde Farmakoterapi Eğitimi ve Klinik Farmakolojinin Yeri Çalışma Toplantısı” ile devam etmiştir. Yüksek Öğretim Kurulu üniversiteler arası kurul başkanlıkları tarafından bütün tıp fakültelerine, ders programlarına rasyonel farmakoterapi eğitimini eklemeleri tavsiye edilmiştir (Oktay, 2006).

19 Nisan 2002 tarihinde Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü ile İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından “İlaç Politikası Geliştirme Toplantısı” gerçekleştirilmiştir (<http://www.tepav.org.tr>, Erişim tarihi: 10 Nisan 2019). Akılcı ilaç kullanımı çalışmalarının başlaması ile ilk etapta konu ile ilgili var olan kaynak eksikliğini gidermek amacı ile birinci basamakta çalışan hekimlere yönelik olarak “Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri” çıkarılmış ve hekimlere ulaştırılmıştır (İnce, 2018).

AİK araştırmaları çerçevesinde “Reçete Yazma Rehberi” “Eğiticilere Yönelik Reçete Yazma Rehberi” kitaplarının da Dünya Sağlık Örgütü’nden gerekli izinlerin alınmasıyla çevirileri gerçekleşmiş ve basımları yapılmıştır (Keklik, 2005). Günümüzde, Sağlık Bakanlığınca akılcı ilaç kullanımı araştırmaları çerçevesinde araştırma, eğitim ve rehber

geliştirme çalışmaları Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu(TİTCK)'nun ilgili Dairesi Başkanlığı tarafından yürütülmektedir.

Akılcı ilaç kullanımı konusunda 2001 yılında 3 kez, 2006 yılında 1 kez olmak üzere Groningen Modeli örnek alınarak “Akılcı İlaç Kullanımı Eğitici Eğitimi” verilerek, akademisyenler ve alanda görev yapan hekimlerden oluşan toplam 193 kişiye Akılcı İlaç Kullanımı Eğitici eğitimi verilmiştir. Katılımcılardan 89’u üniversite öğretim üyesi, 104’ü ise Sağlık Bakanlığı merkez ve il teşkilatlarında çalışan hekimlerdir (<https://dijitalhastane.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 20 Mayıs 2019).

Proje kapsamında yer alan şehirlerde 1048 yakın hekime akılcı ilaç kullanımı uygulamaları hakkında eğitim verilmiştir. Akılcı ilaç kullanımı eğitimleri 18 tıp fakültesinin eğitim müfredatına girmiş ve halen devam etmektedir. Sağlık Bakanlığının bu konu ile ilgili eğitim faaliyetleri çerçevesinde 2002 ve 2006 yıllarında 2 kez Dünya Sağlık örgütü iş birliği ile farmakoekonomi eğitimleri gerçekleştirilmiştir (DPT, 2013).

Akılcı ilaç kullanımında geline noktasındaki durumu değerlendirmek üzere “Birinci Basamağa Yönelik Tanı Tedavi Rehberleri” tanıya göre akılcı reçete edilip edilmediği araştırılmış ve maliyet analizleri yapılmıştır (Çalikoğlu, 2006). Erzurum, Bolu ve Adıyaman illerinde yapılan çalışmalarda, hekimlerin reçetelerinin hem maliyet hem de kutu sayısı bazında %50’nin üzerinde akılcı olmadığı (irrasyonel) tespit edilmiştir ve iki ilaçtan birinin yanlış ya da gereksiz reçete edildiği saptanmıştır (Doğukan, 2008).

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından 2003 yılında “Guide to Good Prescribing” adlı rehber “Reçete Yazma Rehberi” adıyla, 2004 yılında, “Teacher’s Guide to Good Prescribing” adlı rehber “Eğiticilere Yönelik Reçete Yazma Rehberi” adıyla Türkçe’ye çevrilmiştir. Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Halk Eğitimi kitabı 2004 yılında, DSÖ’ den alınan izinle Türkçeye çevrilmiştir. 2006 senesinde, AİK ile ilgili politika geliştirilmesi amacıyla Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından “Akılcı İlaç Kullanım Çalıştayı” gerçekleştirilmiştir (Şahingöz, 2012).

Sağlık Bakanlığı araştırmaları baz alındığında, Türkiye’deki ilaç kullanımı sürekli bir artış göstermektedir. Türkiyede 2002 yılında ilaç tüketimi kutu bazında 789.000 iken, 2011 yılında 1.700.000 kutu olması AOİK’ni akla getirmektedir. 2012 yılında ilaç harcamaları bir önceki yıla göre % 4 azalarak son 4 dört yılın en düşük seviyesindedir (Sağlık Sektörü Raporu, 2015).

İlaç harcamaları ile ilgili olarak 2009 yılında 16,005 milyar lira, 2010’da 14,9 milyar lira, 2011’de ise 15,253 milyar lira iken 2012’de ise % 9,1’lik düşüşle 13,86 milyar lira olarak, 2014 yılında 17.629 milyar TL iken 2015 yılında 16.951 milyar TL olarak rapor

edilmiştir (Medicines Use and Spending, 2015).

Kutu bazında ilaç satışı incelendiğinde uyumsuzluğun nedeni, muhtemelen kamu ilaç satın alma politikasının bir sonucu olduğu düşünülmektedir. Ülkemizde Genel Sağlık Sigortasının yaygın olarak kullanılması nedeniyle ilaç harcamalarının neredeyse tümü kamu tarafından karşılanmaktadır (TİK, 2015).

Kamu fiyatlama ve geri ödemede stratejileri belirleyerek maliyeti düşürebilmektedir yani 2002-2010 yılları arasındaki kutu/ harcama arasındaki uyumsuzlukta rahatlıkla görülebilmektedir ve kutu bazında ilaç harcamaları %76 büyüme göstermesine karşın, harcamada artış % 41 olarak bildirilmiştir (Türkiye Sağlık Sektörü Raporu 2012; SB Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, 2006 ).

Halen birçok kurumda, sağlık çalışanlarına yönelik sürekli tıp eğitimleri verilmektedir. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından, “uzaktan eğitim yöntemi ile akılcı ilaç kullanımı eğitimi” ne yönelik bir Avrupa Birliği Hayat boyu Öğrenme Programı projesi gerçekleştirilmiş ve pilot çalışmaları tamamlanmıştır (Soyalan ve ark., 2012).

#### 4. TÜRKİYE’DE VE DÜNYA’DA FARMAKOVİJİLANS ÇALIŞMALARI

Farmakovijilans terimi; Akılcı ilaç kullanımına uyulmaması sonucunda meydana gelen, beklenen ya da beklenmeyen yan etkilerindeki artış olarak ifade edilmektedir (Öncü, 2013). Farmakovijilans, ilaçların yan etkilerinden korunma ve bu etkilerin araştırılmasını kapsayan süreçtir. Günümüzde Farmakovijilans sözcüğü ilaçlar dışında, bitkisel ürünleri, geleneksel ve tamamlayıcı tıp ürünlerini, biyolojik ürünleri, tıbbi cihazları, kan ürünlerini ve aşıları da kapsamına almaktadır (Soyalan ve ark, 2012).

DSÖ ise Farmakovijilansı “advers etkilerin ve ilaca bağlı diğer sorunların belirlenmesi, değerlendirilmesi, anlaşılması ve önlenmesi ile ilgilenen bilim ve bu konuda yapılan aktiviteler” olarak tanımlamaktadır (Türkiye Sağlık Sektör Raporu, 2012).

DSÖ ile beraber yürütülen "Hastalardan Yan Etki Bildirimi Toplama" pilot projesi kapsamı içerisinde, Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)’ne yapılan başvurularda ilk sırayı %16 ile antibiyotikler, 2. sırayı ise %13 nonsteroidalantiinflamatuvar ilaçlar ve antineoplastik ilaçlar almıştır (Sağlık Bakanlığı Raporları, 2015).

DSÖ ile yürütülen bu proje kapsamında, ilaç kullanım esnasında gözlemlenen yan etkileri, elektronik olarak TÜFAM'a bildirmelerine olanak sağlayan sistem, 21 Aralık 2012’de hizmet vermeye başlamış ve hekimler dışında hastalardan da yan etki bildirimi toplanması projesiyle Türkiye’nin bu konuda dünya 2.si olmasına olanak sağlamıştır (Hocaoğlu ve ark., 2011). TÜFAM'a bu sistem kullanılarak gönderilen yan etki raporları incelendiğinde, yüzde 57'sinin hastalar, yüzde 31'inin eczacılar, yüzde 9'unun hekimler ve yüzde 3'ünün de diğer sağlık çalışanları tarafından gönderildiği görülmüştür (Öncü, 2013).

Sağlık Bakanlığı dikkate alındığında, ülkemizdeki ilaç tüketimi her geçen gün daha da artmaktadır. Ülkemizde 2002 yılında ilaç tüketimi kutu bazında 789.000 iken, 2011 yılında 1.700.000 kutu olması AOİK’ni akla getirmektedir (<http://www.kalite.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 1 Mart 2019).

2012 yılında ilaç harcamaları bir önceki yıla göre %4 azalarak son 4 dört yılın en düşük seviyesindedir. 2009 yılında 16,005 milyar lira, 2010’da 14,9 milyar lira, 2011’de ise 15,253 milyar lira iken 2012’de ise %9,1’lik düşüşle 13,86 milyar lira olarak,2014 yılında 17.629 milyar TL iken 2015 yılında 16.951 milyar TL olarak rapor edilmiştir (Medicines in the U.S. in 2014). Kutu bazında ilaç satışına bakıldığında 2011’den 2012 yılına değişim sadece %1’dir. Bu uyumsuzluğun muhtemelen kamu ilaç satın alma politikasının bir sonucu olduğu düşünülmektedir (Öncü, 2013).

Ülkemizde Genel Sağlık Sigortasının yaygın olarak kullanılması nedeniyle ilaç harcamalarının neredeyse tümü kamu tarafından karşılanmaktadır (Doğukan, 2008). Kamu fiyatlandırma ve geri ödemede stratejileri belirleyerek maliyeti düşürebilmektedir. Bu durumda 2002-2010 yılları arasındaki kutu/ harcama arasındaki uyumsuzlukta rahatlıkla görülebilmektedir ve kutu bazında ilaç harcamaları %76 büyüme göstermesine karşın, harcamada artış %41 olarak bildirilmiştir (Türkiye Sağlık Sektörü Raporu 2012; T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2006).

1999-2000 yıllarında yapılan Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Araştırması'na göre, ülkemizin 2000 yılı için toplam ilaç ve dayanıksız tıbbi tüketim malzemesi harcaması 2 katrilyon 763 trilyon TL olarak bildirilmiştir. Bu araştırmaya göre toplam ilaç ve dayanıksız tıbbi tüketim malzemesi harcamasının, toplam sağlık harcaması içindeki payı %33,5'dir (S.B. Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, 2006).

Bazı ülkeler ilaç kullanımını konusunda ekonomik anlamda oldukça fazla kaynak ayırabilirken bazı ülkeler ki bu ülkeler özellikle gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkeler ise kolay erişilebilir ilaçlara bile ulaşamamaktadır. Bu da ilaç harcamaları konusunda dengesiz bir dağılımın olduğunu ortaya koymaktadır.

## **5. GEREÇ ve YÖNTEM**

### **5.1. Araştırmanın Amacı**

Akılcı olmayan ilaç kullanımı beraberinde önemli sağlık ve ekonomik sorunlara neden olabilir. Bu çalışma ülke genelinde yapılan sınırlı çalışmalardan biridir ve Batman ilinde yapılan ilk çalışmadır.

Bu çalışmanın amacı Batman ilinde görev yapan aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı konusundaki görüşlerini belirlemek ve konuyla ilgili genel bir değerlendirme yapmaktır. Ayrıca akılcı ilaç kullanımı ile ilgili gelecekteki araştırmalar ve uygulamalar için veri, öneri ve gerekçelerin hazırlanması amaçlanmaktadır. Bu hedefler çerçevesinde aile hekimlerinin rasyonel ilaç kullanımındaki rolü belirlenecek ve rasyonel ilaç kullanımında karşılaşılan sorunlar belirlenecek ve çözüm önerileri sunulacaktır.

### **5.2. Araştırmanın Önemi**

İlaçlar, hastalığın tedavisinde doktorların en önemli yardımcılarından biridir (Melli, 2010). Bununla birlikte, doktorların yeterli bilgi, deneyim ve yeterliliği olmadığı durumlarda, reçete ettikleri ilaçlar bireylerde tedavinin başarısızlığına ve ciddi hastalıklara yol açabilir. Bu bakımdan akılcı ilaç kullanımı, hekimlerin başarılı olması için gerekli temel ilkeleri ve yaklaşımları önermektedir. Bu ilke ve yaklaşımların pratikte uygulanabilmesi için öncelikle mevcut durumun ortaya konması gerekmektedir. Bu nedenle akılcı ilaç kullanımında hekimlerin etkilerini bilmek gereklidir. Son 20 yılın istatistiksel verilerine göre, ilaç harcaması miktarı düzenli olarak artmıştır. Reçete yazan doktor sayısının daha fazla olması bu artışın en önemli nedenlerindedir. Bu artış, hekimlerin akılcı ilaç kullanımında vurgulanmasının nedenlerinden biridir.

Aile hekimliği ve akılcı ilaç kullanımı konusunda farklı alanlarda yapılmış çalışmalar bulunmakla birlikte, iki konunun aynı başlık altında araştırıldığı akılcı ilaç kullanımı üzerindeki etkisi hakkında çok az çalışma vardır. Bu çalışma önemli bir sorun olarak görülmüştür, çünkü aile hekimlerinin ilaçtaki rolünün anlaşılmasının insan sağlığı üzerinde doğrudan etkisi olacaktır.

### **5.3. Araştırmanın Tipi**

Araştırma kesitsel (betimsel) tipte tanımlayıcıdır. Tanımlayıcı bulgular elde edildi. Bu araştırma yöntemi, nicel verilerin toplanmasından ve elde edilen verilerin analizinden kaynaklanan araştırma türüdür.

### **5.4. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırmanın evrenini Batman ilinde hizmet veren aile hekimleri oluşturmaktadır. Saha çalışmasının yapıldığı 2016 yılında Batman ilinde hizmet veren aile hekimi sayısı 108'dir. Kolaylı örnekleme yöntemine başvurulmuştur. Kolaylı örnekleme yöntemi, araştırmacının rahatlıkla ulaşabileceği katılımcılardan oluşur. Bu çalışmada evrenin tamamına ulaşılmak amaçlanmıştır. Araştırmanın saha uygulaması Mayıs 2016 – Haziran 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırma verileri anket formu ile elde edilmiştir. Bilgilendirme formu ve onam formunun okunması ve araştırmaya katılımın kabulü sonrasında anket uygulaması aşamasına geçilmiştir. Batman merkez ilçede çalışan 108 aile hekiminden, araştırmaya katılmayı kabul eden 96 aile hekimi ile anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme yapılmıştır. Katılımcıların %85'i (n=96) araştırmaya katılmıştır.

Evren olarak seçilen aile hekimleri sağlıkta akılcı ilaç kullanımının en önemli paydaşı olarak nitelendirildiği ve araştırmanın yapıldığı Batman'da nüfusun hızla artması ve akılcı ilaç kullanımı konusunda bölgede çalışma yapılmamasından dolayı; çalışma grubunu Batman'da çalışan aile hekimleri oluşturmaktadır. Batman Halk Sağlığı Müdürlüğünden çalışma yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır. Çalışma grubunun tümüne ulaşılması amaçlanmıştır. Ancak araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır.

### **5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Bu çalışma; Batman ilinde bulunan aile sağlık merkezlerinde çalışan aile hekimlerinden alınan cevaplarla sınırlıdır. Veri toplama aracı olarak 38 sorudan oluşan anket kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan hipotezler ve örneklemin evrenin bütününe içine almaması, verilerin kişisel beyana dayalı olması, ulaşılabilir örneklem grubu sayısının kısıtlılığı (bazı hekimlerin izinli olması, bazı hekimlerin ankete cevaplamak istememeleri vs.) araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Bundan dolayı araştırma çalışan bütün hekimlere genellenemez.

## 5.6. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Anketlerin uygulanmasında yüz yüze anket tekniği kullanılmıştır. Araştırma veri toplama tekniklerine göre görgül (ampirik, gözleme dayalı) araştırma tekniği kullanılmıştır. Görgül araştırmalar, araştırma sorularını cevaplamada ihtiyaç duyulan verilerin, anket, gözlem, görüşme gibi çeşitli araçlarla toplandığı çalışmalardır (Büyüköztürk ve ark 2013). Elde edilen veriler, görgül araştırma tekniğine uygun olarak anket yöntemiyle toplanmıştır. Bu çalışmada dünya sağlık örgütünün ve Sağlık Bakanlığı'nın akılcı ilaç çalışmaları referans olarak alınarak; daha önceki yapılmış çalışmalarda (Doğukan, 2008; Mollahalihoğlu ve ark., 2011) kullanılan ölçekler örneklem grubuna uyarlanarak ve geliştirerek hazırlanan "Akılcı İlaç Kullanım Anketi" kullanılmıştır (Ek:1).

Anket uygulaması 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; araştırmaya katılan hekimlerin cinsiyeti, yaşı, bulunduğu kurumda ve hekimlikte toplam çalışma süresi gibi bazı tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. İkinci bölümde; Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı ile ilgili bilgi ve tutumlarını ölçen sorular sorulmuştur. Buna göre; hekimlerin hastalarını hastalıkları hakkında bilgilendirme, hastayı ilaçları konusunda bilgilendirme, reçete ettiği ilaçların fiyatlarını bilme, hastalarına ilaç dışı tedavi önerme, tedavi ile ilgili verdiği bilgiyi hastaya tekrarlatma alışkanlıkları, ilaç seçiminde dikkate aldığı kriterler ve ilaçlarla ilgili yararlandığı bilgi kaynakları vb. sorgulanmıştır. Üçüncü bölümde; hekimlerin reçete yazma konusunda tutumlarını ölçmeye yönelik sorular yer almıştır. Dördüncü bölümde; hekimin Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen akılcı ilaç kullanımı çalışmalarından haberdarlığı, bu konuda eğitim almak isteme durumu ile ilgili sorular sorulmuş ve konuyla ilgili ilave görüşleri alınmaya çalışılmıştır. Anket soruları toplamda 38 sorudan oluşmaktadır.

## 5.7. Araştırma Verilerinin Toplanması

İlgili kurumlardan gerekli izinler alındıktan sonra her anket formu hekimlerin görev yaptıkları aile sağlığı merkezi(ASM) ve toplum sağlığı merkezi(TSM)'ne bizzat gidilerek hekimlere teslim edilmiştir. Hekimlere, çalışma hakkında kişisel kaygılarını ortadan kaldırmak amacı ile çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Anket formları hekimlerin kendileri tarafından doldurulmuştur. Katılım tamamen gönüllülük esasına dayandırılmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılan her hekim için anketin giriş kısmında katılım onam formuna yer verilmiştir.

## 5.8. Çalışmada Kullanılan Değişkenler

Çalışmadaki bağımlı ve bağımsız değişkenler aşağıda belirtilmiştir:

### *Bağımlı değişkenler:*

- Hekimlerin ilaçlarla ilgili bilgi düzeyi,
- Hekimlerin ilaç yazarken kullandıkları bilgi kaynağı sayıları,
- Hekimlerin akılcı ilaç kullanımını bilgi düzeyi ve tutumları,
- Hekimlerin ortalama muayene süreleri,
- Hekimlerin hastalarına bilgi verme sıklığı,
- Hekimlerin promosyon çalışmalarından etkilenme durumu,
- Hekimlerin ilaç fiyatlarını dikkate alma durumu.

### *Bağımsız değişkenler:*

- Cinsiyet,
- Yaş,
- Tıp fakültesinden mezuniyet yılı,
- Reçete yazımında kullanılan kriterler,
- Reçete yazımını şekillendiren faktörler,
- Birinci basamak sağlık kuruluşunda çalışma süresi,
- Hastaların ilaç yazdırma talebi.

## 5.9. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 22 programı ile yapılmış ve %95 güven düzeyi ile çalışılmıştır. Öncelikle ankete cevap veren katılımcıların kişisel bilgileri ve Akıllı İlaç Kullanımı ile ilgili bilgileri içeren soruların frekans dağılımları verilmiştir. Daha sonra kategorik (gruplu) değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesi için Ki-kare testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0.05$  alınmıştır.

### **5.10. Araştırma Etiği**

Araştırma öncesi araştırmanın başlaması için gerekli Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri enstitüsü Etik Kurul Kararı (Ek:2) Onay Tarihi Ve Onay Sayısı 25.04.2016-15 ile alınmıştır.

Araştırmanın yapılacağı Batman Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğünden gerekli izinlerin verilmesi için Marmara Üniversitesi Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı tarafından hazırlanan Aile Hekimlerinin Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi konulu yüksek lisans tez çalışması izin talep dilekçesi

Ayrıca Araştırma kapsamındaki aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezlerinde çalışmanın yapılması için Batman Valiliği Halk Sağlığı Müdürlüğünden alınan 23.05.2016 tarih ve E.111 Sayılı yazı ile izin alınmıştır.

## 6. BULGULAR

**Tablo 1: Hekimlerin Cinsiyet Dağılımları**

	Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Cinsiyet	Kadın	18	18,8	18,8
	Erkek	78	81,3	100,0
	Total	96	100,0	100,0

Araştırmaya katılan 96 hekimin %81,3'ü erkek (n=78), %18,8'i kadın (n=18) dır (Tablo 1). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun erkeklerden oluştuğu söylenebilir.

**Tablo 2: Hekimlerin Yaş Aralığına Göre Dağılımları**

	Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Yaş	30 yaş ve altı	23	24,0	24,0
	31-35 yaş	38	39,6	63,5
	36 yaş ve üstü	35	36,5	100,0
	Total	96**	100,0	100,0

Araştırmaya katılan 96 hekimden 30 yaş ve altı olanların oranı %24,0; 31-35 yaş arası olanların oranı %39,6; 36 yaş ve üstü olanların oranı %36,5'tir (Tablo 2). Buna göre ankete katılanların, soruda belirtilen yaş aralıklarına birbirine yakın oranlarla dağıldıkları söylenebilir.

**Tablo 3: Hekimlerin Mesleki Unvanına Göre Dağılımı**

	Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Meslek unvanınız nedir?	Pratisyen Hekim	89	92,7	92,7
	Uzman Hekim	7	7,3	100,0
	Total	96	100,0	100,0

Araştırmaya katılan 96 hekimden Pratisyen Hekim oranı %92,7 iken Uzman Hekim olanların oranı %7,3'tür (Tablo 3). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun pratisyen hekimlerden oluştuğu söylenebilir.

**Tablo 4: Hekimlerin Birinci Basamak Kuruluşunda Çalışma Sürelerinin Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Birinci basamak sağlık kurumlarında kaç yıldır çalışıyorsunuz	5 yıl ve altı	35	36,5	36,5	36,5
	6-10 yıl arası	32	33,3	33,3	69,8
	10 yıl ve üstü	29	30,2	30,2	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden birinci basamak sağlık kurumlarında çalışma süresi 5 yıl ve daha az olanların oranı %36,5; 6-10 yıl arası olanların oranı %33,3; 10 yıl ve daha fazla olanların oranı %30,2'dir (Tablo 4).

**Tablo 5: Hekimlerin Günlük Muayene Sayılarının Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Günde ortalama olarak kaç hasta muayene ediyorsunuz	30 ve daha az	31	32,3	32,3	32,3
	30-49 arası	38	39,6	39,6	71,9
	50 ve daha fazla	27	28,1	28,1	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden günde ortalama 30 ve daha az hasta muayene edenlerin oranı %32,3; 30-49 arası edenlerin oranı %39,6; 50 ve daha fazla edenlerin oranı %28,1'dir (Tablo 5).

**Tablo 6: Hekimlerin Reçete Yazma Yüzdelerinin Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Bu hastaların yaklaşık yüzde kaçına reçete yazıyorsunuz	60 ve altı	33	34,4	34,4	34,4
	61-75 arası	36	37,5	37,5	71,9
	75 üstü	27	28,1	28,1	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden muayene ettiği hastaların yaklaşık %60 ve daha azına reçete yazanların oranı %34,4; %61-75ine yazanların oranı %37,5; %75 ve daha fazlasına yazanların oranı %28,1'dir (Tablo 6).

**Tablo 7: Hekimlerin Reçetelerinde Yer Alan İlaç Kalem Sayısı Dağılımı**

	Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Reçetelerinizde ortalama kaç kalem ilaç yer almaktadır	2	9	9,4	9,4
	3	80	83,3	92,7
	4	7	7,3	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden reçetelerinde ortalama 2 kalem ilaç yer alanların oranı %9,4; 3 kalem alanların oranı %83,3; 4 kalem alanların oranı %7,3'tür (Tablo 7). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun reçetelerinde ortalama 3 kalem ilaca yer verdiği söylenebilir.

**Tablo 8: Hekimlerin Hastalarına Muayene İçin Ayırdıkları Ortalama Sürenin Dağılımı**

	Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Hastalarınıza ortalama olarak kaç dakika ayırıyorsunuz	5 dk ve altı	42	43,8	43,8
	5-9 dk arası	28	29,2	72,9
	10 dk ve üstü	26	27,1	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden hastalarına ortalama 5 dk ve daha az zaman ayıranların oranı %43,8; 5-9 dk arası ayıranların oranı %29,2; 10 dk ve daha fazla ayıranların oranı %27,1'dir (Tablo 8). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun hastalarına ortalama 5 dk ve daha az zaman ayırdıkları söylenebilir.

**Tablo 9: Hastalarına Muayene Etmeden İlaç Yazma Durumlarının Dağılımı**

	Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Hastalarınızı muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazıyor musunuz?	Evet	1	1,0	1,0
	Hayır	58	60,4	61,5
	Bazen	37	38,5	100,0
Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazan bir kişinin oranı %1,0; bazen yazanların oranı %38,5; yazmayanların oranı %60,4'tür (Tablo 9). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazmadığı söylenebilir.

**Tablo 10: Hekimlerin Hasta İsteği ile İlaç Yazma Durumlarının Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete ediyor musunuz?	Evet	4	4,2	4,2	4,2
	Hayır	24	25,0	25,0	29,2
	Bazen	68	70,8	70,8	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden hastaları tarafından talep edilen ilaçları yazanların oranı %4,2; bazen yazanların oranı %70,8; yazmayanların oranı %25,0'tir (Tablo 10). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun hastaları tarafından talep edilen ilaçları reçete etmede kararsız oldukları ve duruma göre yazdıkları söylenebilir.

**Tablo 11: Hekimlerin Yazdığı Reçetelerin Reçete Tekrarı Durumlarının Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Günde yazdığınız reçetelerin ortalama olarak % kaçını reçete tekrarı şeklindedir	Hiç	5	5,2	5,2	5,2
	20 ve daha az	42	43,8	43,8	49,0
	20 üstü	49	51,0	51,0	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden günde yazdığı ilaçların reçete tekrarı şeklinde olmayanların oranı %5,2; %20 ve daha azı tekrarı şeklinde olanların oranı %43,8; %20den fazlası bu şekilde olanların oranı %51,0'dir (Tablo 11).

**Tablo 12: Hekimlerin Hastanın Kullandığı Raporlu İlaçlarının reçetelenmesi Durumlarının Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Günde yazdığınız reçetelerin ortalama % kaçını hastanın kullandığı raporlu ilaçlarının reçetelenmesi şeklindedir	20 ve daha az	38	39,6	39,6	39,6
	21-40 arası	33	34,4	34,4	74,0
	40 üstü	25	26,0	26,0	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden günde yazdığı ilaçların %20 ve daha azı hastanın kullandığı raporlu ilaçlarının reçetelenmesi şeklinde olanların oranı %39,6; %21-40 arası bu şekilde olanların oranı %34,4; %40tan fazlası bu şekilde olanların oranı %26,0'dir (Tablo 12).

**Tablo 13: Hekimlerin Yazdıkları İlaçların Seçiminde Hastanın Sosyal Güvence Durumunu Dikkate Alması Durumu**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Yazdığımız ilaçların seçiminde hastanın sosyal güvence durumunu dikkate alıyor musunuz?	Evet her zaman	24	25,0	25,0	25,0
	Evet bazen	46	47,9	47,9	72,9
	Hayır	26	27,1	27,1	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden yazdığı ilaçların seçiminde hastanın sosyal güvence durumunu her zaman dikkate alanların oranı %25,0; bazen alanların oranı %47,9; dikkate almayanların oranı %27,1'dir (Tablo 13).

**Tablo 14: Hekimlerin Yazdıkları İlaçların Fiyatlarını Bilme Durumlarının Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Yazdığımız ilaçların fiyatlarını biliyor musunuz?	Genelde biliyorum	55	57,3	57,3	57,3
	Çok az biliyorum	34	35,4	35,4	92,7
	Hiç bilmiyorum	7	7,3	7,3	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden yazdığı ilaçların fiyatlarını genelde bilenlerin oranı %57,3; çok az bilenlerin oranı %35,4; hiç bilmeyenlerin oranı %7,3'tür (Tablo 14). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun yazdığı ilacın fiyatını bildiği söylenebilir.

**Tablo 15: Toplam Sağlık Harcamaları İçerisinde İlaç Harcamalarının Payı Hakkında Hekimlerin Düşüncelerinin Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payı hakkında ne düşünüyorsunuz?	Çok yüksek	31	32,3	32,3	32,3
	Yüksek	54	56,3	56,3	88,5
	Normal	6	6,3	6,3	94,8
	Düşük	2	2,1	2,1	96,9
	Fikrim yok	3	3,1	3,1	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payını çok yüksek bulanların oranı %32,3; yüksek bulanların oranı %56,3; normal bulanların oranı %6,3; düşük bulanların oranı %2,1; bu konuda fikri olmayanların oranı %3,1'dir (Tablo 15). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payını yüksek buldukları söylenebilir.

**Tablo 16: Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi Alma Durumlarının Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Daha önce hiç akılcı ilaç kullanımı eğitimi aldınız mı?	Evet	93	96,9	96,9	96,9
	Hayır	3	3,1	3,1	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden daha önce akılcı ilaç kullanımı eğitim alanların oranı %96,9 iken almayanların oranı %3,1'dir (Tablo 16). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun konu ile ilgili eğitim aldıkları söylenilebilir

**Tablo 17: Hekimlerin Sık Karşılaştıkları Hastalıklar İçin Oluşturdukları Kişisel İlaç Listesinin Var Olma Durumlarının Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Sık karşılaştığınız hastalıklar için oluşturduğunuz kişisel ilaç listeniz var mı?	Evet	57	59,4	59,4	59,4
	Hayır	39	40,6	40,6	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden sık karşılaştığınız hastalıklar için oluşturduğu kişisel ilaç listesi olanların oranı %59,4 iken olmayanların oranı %40,6'dır (Tablo 17). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun sık karşılaştığı hastalıklar için oluşturmuş olduğu kişisel ilaç listesinin olduğu söylenebilir

**Tablo 18: Hekimlerin Hastalarına İsimleriyle Hitap Etme Durumlarının Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Hastalara isimleriyle mi hitap ediyorsunuz?	Evet kesinlikle	28	29,2	29,2	29,2
	Evet bazen	60	62,5	62,5	91,7
	Hayır	8	8,3	8,3	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden hastalarına kesinlikle ismiyle hitap edenlerin oranı %29,2; bazen öyle hitap edenlerin oranı %62,5; ismiyle hitap etmeyenlerin oranı %8,3'tür (Tablo 18). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun hastalarına isimleriyle hitap ettikleri söylenebilir

**Tablo 19: Hekimlerin Reçeteye Yazdığı İlaçların Nasıl Kullanacağını Hastasına Anlatma Durumlarının Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Reçeteye yazdığınız ilaçları nasıl kullanacağını hastanıza anlatır mısınız?	Evet, her zaman anlatırım	45	46,9	46,9	46,9
	Evet, bazen anlatırım	49	51,0	51,0	97,9
	Hasta sorduğu zaman anlatırım	2	2,1	2,1	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden reçeteye yazdığı ilaçların nasıl kullanılacağını hastasına her zaman anlatanların oranı %46,9; bazen anlatanların oranı %51,0; hastası sorduğu zaman anlatanların oranı %2,1'dir (Tablo 19). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun reçeteye yazdığı ilaçların nasıl kullanılacağını hastasına anlattığı söylenebilir

**Tablo 20: Hekimlerin Hastalarına İlacı Nasıl Kullanacağını Anlattıktan Sonra Tekrar Anlatma Durumlarının Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Hastanıza ilacı nasıl kullanacağını anlattıktan sonra tekrarlatır mısınız?	Evet her zaman	9	9,4	9,4	9,4
	Evet bazen	76	79,2	79,2	88,5
	Hayır	11	11,5	11,5	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden hastasına ilacı nasıl kullanılacağını anlattıktan sonra her zaman tekrarlattıranların oranı %9,4; bazen tekrarlattıranların oranı %79,2; tekrarlattırmayanların oranı %11,5'tir (Tablo 20). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun hastasına ilacı nasıl kullanılacağını anlattıktan sonra tekrar etme konusunda duruma göre anlattığı söylenebilir

**Tablo 21: Hekimlerin Yazılan İlacın Hastaya Nasıl Kullanılacağına Anlatma Kimin Görevi Durumlarının Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Sizce reçeteye yazdığımız ilacı hastanın nasıl kullanacağını anlatmak kimin görevidir?	İlacı Veren Eczacı	7	7,3	7,3	7,3
	İlacı yazan hekim	2	2,1	2,1	9,4
	Hem hekim hem eczacı	87	90,6	90,6	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden reçeteye yazdığı ilacı hastanın nasıl kullanacağını anlatmanın ilacı veren eczacının görevi olduğunu düşünenlerin oranı %7,3; ilacı yazan hekimin görevi olduğunu düşünenlerin oranı %2,1; hem hekim hem eczacının görevi olduğunu düşünenlerin oranı %90,6'dır (Tablo 21). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun hekimden reçeteye yazdığı ilacı hastanın nasıl kullanacağını anlatmanın hem hekim hem eczacının görevi olduğunu düşündükleri söylenebilir

**Tablo 22: Hekimlerin Reçete Yazarken İlacın Fiyatını Dikkate Alma Durumlarının Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Reçete yazarken ilacın fiyatını dikkate alır mısınız?	Evet, her zaman dikkate alırım	36	37,5	37,5	37,5
	Bazen dikkate alırım	55	57,3	57,3	94,8
	Hayır, hiç dikkate almam	5	5,2	5,2	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden reçete yazarken ilacın fiyatını her zaman dikkate alanların oranı %37,5; bazen dikkate alanların oranı %57,3; dikkate almayanların oranı %5,2'dir (Tablo 22). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun reçete yazarken ilacın fiyatını dikkate aldığı söylenebilir

**Tablo 23: Hekimlerin Hastasına İlaç Dışı Tedavi Önerme Durumlarının Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Hastanıza ilaç dışı tedavi önerir misiniz?	Evet, her zaman	10	10,4	10,4	10,4
	Evet, bazen	38	39,6	39,6	50,0
	Evet, sadece bazı hastalıklar için	45	46,9	46,9	96,9
	Hayır, önermem	3	3,1	3,1	100,0
	Total	96	100,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden hastasına ilaç dışı tedaviyi her zaman önerenlerin oranı %10,4; bazen önerenlerin oranı %39,6; bazı hastalıklar için önerenlerin oranı %46,9; önermeyenlerin oranı %3,1'dir (Tablo 23).

**Tablo 24: Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Eğitim Almak İsteme Durumlarının Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak ister misiniz?	Evet	83	86,5	87,4	87,4
	Hayır	12	12,5	12,6	100,0
	Total	95	99,0	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak isteyenlerin oranı %87,4 iken istemeyenlerin oranı %12,6'dır (Tablo 24). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak istedikleri söylenebilir

**Tablo 25: Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Görüş Bildirme Durumlarının Dağılımı**

		Frekans	Yüzde(%)*	Geçerli %	Kümülatif %
Konu ile ilgili eklemek istediğiniz görüşleriniz?	AİK hakkında halkın bilinçlendirilmesi	11	11,5	61,1	61,1
	TV kanalı olması	4	4,2	22,2	83,3
	Hükümet yardımcı olmalı	2	2,1	11,1	94,4
	İstatistiklerin bölge bölge yapılması	1	1,0	5,6	100,0
	Total	18	18,8	100,0	

Araştırmaya katılan 96 hekimden AİK hakkında halkın bilinçlendirilmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %61,1; bu konunun tv kanallarında verilmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %22,2; hükümetin yardımcı olması gerektiğini düşünenlerin %11,1; istatistiklerin bölge bölge verilmesi gerektiğini düşünen bir kişinin oranı %5,6'dır (Tablo 25).

**Tablo 26: İlaç Reçete Ederken Hastanın Aşağıdaki Anamnez Bilgilerinden Yararlanma Sıklıkları**

İlaç reçete ederken hastanızın aşağıdaki anamnez bilgilerinden ne sıklıkta yararlanıyorsunuz?	Her zaman		Sıklıkla		Nadiren		Hiçbir zaman	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yaş	76	79,2	18	18,8	1	1,0	1	1,0
Cinsiyet	53	55,2	28	29,2	12	12,5	3	3,1
İlaç alerjisi	43	45,3	42	44,2	9	9,5	1	1,1
Karaciğer hastalığı	24	25,0	47	49,0	24	25,0	1	1,0
Böbrek hastalığı	25	26,0	47	49,0	24	25,0	0	0,0
Kronik diğer hastalıklar	28	29,2	51	53,1	16	16,7	1	1,0
Gebelik ve emzirme	91	94,8	5	5,2	0	0,0	0	0,0
Sosyal Güvence	14	14,6	38	39,6	27	28,1	17	17,7
Alım gücü	19	19,8	42	43,8	28	29,2	7	7,3
Kullandığı diğer ilaçlar	32	33,3	55	57,3	9	9,4	0	0,0

- Katılımcıların çoğunluğu (%79,2) ilaç reçete ederken hastanın yaş bilgilerinden her zaman yararlanmaktadır.
- Katılımcıların çoğunluğu (%55,2) ilaç reçete ederken hastanın cinsiyet bilgilerinden her zaman yararlanmaktadır.
- Katılımcıların çoğunluğu (%45,3) ilaç reçete ederken hastanın ilaç alerjisi bilgilerinden her zaman yararlanmaktadır.
- Katılımcıların çoğunluğu (%49,0) ilaç reçete ederken hastanın karaciğer hastalığı bilgilerinden sıklıkla yararlanmaktadır.
- Katılımcıların çoğunluğu (%49,0) ilaç reçete ederken hastanın böbrek hastalığı bilgilerinden sıklıkla yararlanmaktadır.
- Katılımcıların çoğunluğu (%53,1) ilaç reçete ederken hastanın kronik diğer hastalık bilgilerinden sıklıkla yararlanmaktadır.
- Katılımcıların çoğunluğu (%94,8) ilaç reçete ederken hastanın gebelik ve emzirme bilgilerinden her zaman yararlanmaktadır.
- Katılımcıların çoğunluğu (%39,6) ilaç reçete ederken hastanın sosyal güvence bilgilerinden sıklıkla yararlanmaktadır.
- Katılımcıların çoğunluğu (%43,8) ilaç reçete ederken hastanın alım gücü bilgilerinden sıklıkla yararlanmaktadır.
- Katılımcıların çoğunluğu (%57,3) ilaç reçete ederken hastanın kullandığı diğer ilaç bilgilerinden sıklıkla yararlanmaktadır (Tablo 26).

**Tablo 27: Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Eğitim Aldıkları Kurum Durumlarının Dağılımı**

	n	Yüzde(%)*	
Akılcı ilaç kullanımı eğitimi hangi kurumdan aldınız?	Tıp Fakültesi	20	20,8
	Sağlık Bakanlığı	84	87,5
	Meslek Odası	4	4,2
	İlaç Firması	2	2,1
	Diğer	3	3,1

Araştırmaya katılan 96 hekimden akılcı ilaç kullanımı eğitimi Tıp Fakültesinden alanların oranı %20,8; Sağlık Bakanlığında alanların oranı %87,5; Meslek Odasından alanların oranı %4,2; İlaç Firmasından alanların oranı %2,1; diğer yerlerden alanların oranı %3,1'dir (Tablo 27). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun akılcı ilaç kullanımı eğitimi Sağlık Bakanlığında aldıkları söylenebilir

**Tablo 28: Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Eğitim Aldıkları Yıl Durumlarının Dağılımı**

	n	Yüzde(%)*	
Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim aldığınız yıl?	2005 Yılı ve Öncesinde	9	9,4
	2005-2009 Yılları Arasında	17	17,7
	2010-2016 Yılları Arasında	80	83,3

Araştırmaya katılan 96 hekimden akılcı ilaç kullanımı eğitimi 2005 yılı ve öncesinde alanların oranı %9,4; 2005-2009 yılları arasında alanların oranı %17,7; 2010-2016 yılları arasında alanların oranı %83,3'tür (Tablo 28). Buna göre ankete katılanların büyük bir çoğunluğunun akılcı ilaç kullanımı eğitimi 2010-2016 yılları arasında aldıkları söylenebilir

**Tablo 29:Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Eğitim Aldıkları Programın Türü Durumlarının Dağılımı**

	n	Yüzde(%)*	
İlaçlarla ilgili olarak ne tür bir eğitim programına katıldınız?	Sağlık Bakanlığı Tarafından Verilen Hizmet İçi Eğitim	83	86,5
	Yüksek Lisans / Doktora Eğitimi	1	1,0
	Üniversite / Meslek Odasının Düzenlediği Seminer / Toplantı / Kongre	17	17,7
	İlaç Firmalarının Düzenlediği Seminer Toplantı	5	5,2
	Diğer	2	2,1

Araştırmaya katılan 96 hekimden ilaçlarla ilgili olarak Sağlık Bakanlığı Tarafından Verilen Hizmet İçi Eğitime katılanların oranı %86,5; Yüksek Lisans / Doktora Eğitimine katılan bir kişinin oranı %1,0; Üniversite / Meslek Odasının Düzenlediği Seminer / Toplantı / Kongreye katılanların oranı %17,7; İlaç Firmalarının Düzenlediği Seminer Toplantıya katılanların oranı %5,2; diğer eğitim programlarına katılanların oranı %2,1'dir (Tablo 29).

**Tablo 30: Hekimlerin İlaç Seçerken Dikkate Aldıkları Kriterler**

	n	Yüzde(%)*	
İlaç seçerken dikkate aldığınız kriterler nelerdir?	Etkililik	88	91,7
	Güvenlilik	85	88,5
	Uygunluk	82	85,4
	Maliyet	69	71,9
	Kişisel Tecrübe	74	77,1
	İlaç Firmalarının Tanıtımları	12	12,5
	Meslektaşların Tavsiyesi	19	19,8

Araştırmaya katılan 96 hekimden ilaç seçerken etkililiği dikkate alanların oranı %91,7; güvenliliği dikkate alanların oranı %88,5; uygunluğu dikkate alanların oranı %85,4; maliyeti dikkate alanların oranı %71,9; kişisel tecrübeyi dikkate alanların oranı %77,1; ilaç firmalarının tanıtımlarını dikkate alanların oranı %12,5; meslektaşlarının tavsiyesini dikkate alanların oranı %19,8'dir (Tablo 30). Buna göre ankete katılan hekimlerin ilaç seçerken birden fazla kriterden yararlandığı söylenebilir

**Tablo 31: Hekimlerin İlaç Yazarken Başvurdukları Kaynakların Dağılımı**

	n	Yüzde(%)*	
Hastanıza ilaç yazarken genellikle başvurduğunuz kaynaklar nelerdir?	Tanı ve Tedavi Rehberleri	78	81,3
	Vademecum	47	49,0
	Türkiye İlaç Kılavuzu	11	11,5
	İlaç Firmalarının Araştırma ve Tanıtım Çalışmaları	12	12,5
	Meslektaş tecrübeleri	42	43,8

Araştırmaya katılan 96 hekimden hastasına ilaç yazarken genellikle Tanı ve Tedavi Rehberlerine başvuranların oranı %81,3; Vademecuma başvuranların oranı %49,0; Türkiye İlaç Kılavuzuna başvuranların oranı %11,5; İlaç Firmalarının Araştırma ve Tanıtım Çalışmalarına başvuranların oranı %12,5; Meslektaş tecrübelerine başvuranların oranı %43,8'dir (Tablo 31). Buna göre ankete katılan hekimlerin ilaç yazarken birden fazla kaynağa başvurduğu söylenebilir

**Tablo 32: Hekimlerin Tecrübelerine göre hastaların reçetelerine yazılması için talepte bulunduğu ilaçların önem sırası**

	n	Yüzde(%)*	
Sizin tecrübelerinize göre hastalar aşağıdaki ilaç gruplarının reçetelerine yazılması için ne sıklıkta özel olarak talepte bulunuyorlar? 1.önem sırası	Antibiyotikler	33	34,7
	Antihipertansifler	4	4,2
	Antihiperlipidemikler	0	0,0
	Kardiyolojik ilaçlar	0	0,0
	Sindirim sistemi İlaçları	6	6,3
	Analjezik/ Antiromatizmal ilaçlar	52	54,7
	Vitamin/ Mineral Preparatları	0	0,0
Sizin tecrübelerinize göre hastalar aşağıdaki ilaç gruplarının reçetelerine yazılması için ne sıklıkta özel olarak talepte bulunuyorlar? 2.önem sırası	Antibiyotikler	30	31,9
	Antihipertansifler	8	8,5
	Antihiperlipidemikler	1	1,1
	Kardiyolojik ilaçlar	0	0,0
	Sindirim sistemi İlaçları	22	23,4
	Analjezik/ Antiromatizmal ilaçlar	27	28,7
	Vitamin/ Mineral Preparatları	6	6,4
Sizin tecrübelerinize göre hastalar aşağıdaki ilaç gruplarının reçetelerine yazılması için ne sıklıkta özel olarak talepte bulunuyorlar? 3.önem sırası	Antibiyotikler	22	26,2
	Antihipertansifler	4	4,8
	Antihiperlipidemikler	1	1,2
	Kardiyolojik ilaçlar	1	1,2
	Sindirim sistemi İlaçları	29	34,5
	Analjezik/ Antiromatizmal ilaçlar	12	14,3
	Vitamin/ Mineral Preparatları	15	17,9

Araştırmaya katılan 96 hekimden Hastalardan 1.önem sırasında en çok talep edilenler Analjezik/ Antiromatizmal ilaçlar (%54,7); Antibiyotikler (%34,7) ve Sindirim sistemi İlaçlarıdır (%6,3). Hastalardan 2.önem sırasında en çok talep edilenler Antibiyotikler (%31,9); Analjezik/ Antiromatizmal ilaçlar (%28,7) ve Sindirim sistemi İlaçlarıdır (%23,4). Hastalardan 3.önem sırasında en çok talep edilenler Sindirim sistemi İlaçları (%34,5); Antibiyotikler (%26,2) ve Vitamin/ Mineral Preparatlarıdır (%17,9) (Tablo 32).

**Tablo 33: Hekimlerin Reçetelerinin Şekillenmesinde Etkisi Olan Faktörlerin Dağılımı, Mayıs 2016**

	n	Yüzde(%)*	
Hekimlerin reçetelerinin şekillenmesinde etkisi olan faktörler nelerdir?	Okulda farmakoloji dersi almış olmak	64	66,7
	Klinik stajlarda hocalarımın hastalara yazdığı reçeteleri dikkatle izlemiş olmak	71	74,0
	Mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim almış olmak	56	58,3
	Sahada arkadaşlarımla tartışarak bir sonuca varmış olmak	46	47,9
	İlaç firması temsilcilerinin tanıtımlarından pratik uygulamaları öğrenmiş olmak	29	30,2
	Bilgi kaynaklarını kendi kendime okumuş olmak	63	65,6

Araştırmaya katılan 96 hekimden reçetelerinin şekillenmesinde okulda farmakoloji dersi almış olmanın etkisi olduğunu düşünenlerin oranı %66,7, klinik stajlarda hocalarımın hastalara yazdığı reçeteleri dikkatle izlemiş olmanın etkisi olduğunu düşünenlerin oranı %74,0; mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim almış olmanın etkisi olduğunu düşünenlerin oranı %58,3; sahada arkadaşlarımla tartışarak bir sonuca varmış olmanın etkisi olduğunu düşünenlerin oranı %47,9; ilaç firması temsilcilerinin tanıtımlarından pratik uygulamaları öğrenmiş olmanın etkisi olduğunu düşünenlerin oranı %30,2; bilgi kaynaklarını kendi kendime okumuş olmanın etkisi olduğunu düşünenlerin oranı %65,6'dır (Tablo 33).

**Tablo 34: Hekimlerin Yazdıkları İlacın Fiyatını Dikkate Aldıkları Durumların Dağılımı**

	n	Yüzde(%)*	
Aşağıda belirtilmiş durumlarda ilacın fiyatını dikkate alırmısınız?	Hastanın sağlık sigortası yoksa	73	76,0
	Tedavide kullanabileceğim benzer ilaçlar birden çoksa	58	60,4
	İlaçların biyoyararlanımı aynıysa	59	61,5

Araştırmaya katılan 96 hekimden hastanın sağlık sigortası yoksa ilacın fiyatını dikkate alanların oranı %76,0; tedavide kullanabileceği benzer ilaçlar birden çoksa ilacın fiyatını dikkate alanların oranı %60,4; ilaçların biyoyararlanımı aynıysa ilacın fiyatını dikkate alanların oranı %61,5'tir (Tablo 34). Buna göre ankete katılan hekimlerin ilaç yazarken fiyatını dikkate almalarını etkileyen birden fazla faktör olduğu söylenebilir

**Tablo 35: Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Nedir Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı**

	n	Yüzde(%)*	
Sizce akılcı ilaç kullanımı nedir?	Hastaya Etkili İlaç Yazılması	79	82,3
	Hastaya Güvenli İlaç Yazılması	73	76,0
	Hastaya Uygun İlaç Yazılması	85	88,5
	Hastaya Kendi İsteddiği İlacın Yazılması	0	0,0
	Hastaya Uygun Maliyetli İlaç Yazılması	50	52,1
	Uygun Dozda İlaç Yazılması	68	70,8
	Uygun Süre İlaç Kullanımı	67	69,8
	Reçeteye Az Kalem İlaç Yazılması	7	7,3

Araştırmaya katılan 96 hekimden akılcı ilaç kullanımının Hastaya Etkili İlaç Yazılması olduğunu düşünenlerin oranı %82,3; Hastaya Güvenli İlaç Yazılması olduğunu düşünenlerin oranı %76,0; Hastaya Uygun İlaç Yazılması olduğunu düşünenlerin oranı %88,5; Hastaya Uygun Maliyetli İlaç Yazılması olduğunu düşünenlerin oranı %52,1; Uygun Dozda İlaç Yazılması olduğunu düşünenlerin oranı %70,8; Uygun Süre İlaç Kullanımı olduğunu düşünenlerin oranı %69,8; Reçeteye Az Kalem İlaç Yazılması olduğunu düşünenlerin oranı %7,3'tür (Tablo 35).

**Tablo 36: Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Eğitiminin Hangi Kuruluşça Verilmesini İstersiniz Sorusuna Verdikleri Cevapların Dağılımı**

	n	Yüzde(%)*	
Akılcı ilaç kullanımı eğitiminin hangi kuruluşlarca verilmesini istersiniz?	Sağlık Bakanlığı	90	93,8
	Meslek Odası	20	20,8
	İlaç Firması	1	1,0
	Yazılı ya da Görsel Basın	13	13,5

Araştırmaya katılan 96 hekimden akılcı ilaç kullanımı eğitiminin Sağlık Bakanlığı tarafından verilmesini isteyenlerin oranı %93,8; Meslek Odası tarafından verilmesini isteyenlerin oranı %20,8; İlaç Firması tarafından verilmesini isteyen bir kişinin oranı %1,0; Yazılı ya da Görsel Basın tarafından verilmesini isteyenlerin oranı %13,5'tir (Tablo 36). Buna göre ankete katılan hekimlerin büyük bir çoğunluğu akılcı ilaç kullanımı eğitiminin Sağlık Bakanlığı tarafından verilmesini istediği söylenebilir

**Tablo 37: Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımını Geliştirmeye Yönelik Aşağıdaki Yöntemlerin Kullanılması Sizce Uygun Mudur Sorusuna Verilen Cevapların Dağılımı**

		n	Yüzde(%)*
Akılcı İlaç Kullanımını Geliştirmeye Yönelik Aşağıdaki Yöntemlerin Kullanılması Sizce Uygun Mudur?	Ulusal Tanı Tedavi Rehberlerin Geliştirilmesi	73	76,0
	Tıp Fakültelerinde Akılcı İlaç Kullanım Eğitimi Verilmesi	85	88,5
	Mezuniyet Sonrasında Hekimlere Sürekli, Akılcı İlaç Kullanım Eğitimi Verilmesi	72	75,0
	Reçetelerin Denetlenerek, Hekimlere Akılcı İlaç Kullanımına Uygunluğu Konusunda Geri Bildirim Verilmesi	53	55,2
	Halka Yönelik Akılcı İlaç Kullanım Eğitimleri Düzenlenmesi	80	83,3
	Hekimlere Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Süreli Yayınların Olması	51	53,1
	Hekimlere Akılcı İlaç Kullanım Danışmanlığı Verilmesi	46	47,9

Araştırmaya toplam 96 hekim katılmıştır. Akılcı ilaç kullanımını geliştirmeye yönelik Ulusal Tanı Tedavi Rehberlerin Geliştirilmesi yönteminin kullanılmasını uygun bulanların oranı %76,0; Tıp Fakültelerinde Akılcı İlaç Kullanım Eğitimi Verilmesini uygun bulanların oranı %88,5; Mezuniyet Sonrasında Hekimlere Sürekli, Akılcı İlaç Kullanım Eğitimi Verilmesini uygun bulanların oranı %75,0; Reçetelerin Denetlenerek, Hekimlere Akılcı İlaç Kullanımına Uygunluğu Konusunda Geri Bildirim Verilmesini uygun bulanların oranı %55,2; Halka Yönelik Akılcı İlaç Kullanım Eğitimleri Düzenlenmesini uygun bulanların oranı %83,3; Hekimlere Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Süreli Yayınların Olmasını uygun bulanların oranı %53,1; Hekimlere Akılcı İlaç Kullanım Danışmanlığı Verilmesini uygun bulanların oranı %47,9'dur (Tablo 37).

**Tablo 38: Hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu ile reçeteye yazılan ilaçların nasıl kullanacağını hastasına anlatma durumu arasında ilişki**

		Hastalarınızı muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazıyor musunuz?		Total	Ki-kare	p	
		Hayır	Bazen				
Reçeteye yazdığınız ilaçları nasıl kullanacağını hastanıza anlatır mısınız?	Evet, her zaman anlatırım	n	32	13	45	2,165	,141
	%	55,2%	37,1%	48,4%			
	Evet, bazen anlatırım	n	26	22	48		
	%	44,8%	62,9%	51,6%			
Total	n	58	35	93			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazmayanların çoğunluğu (%55,2) Reçeteye yazdığı ilaçların nasıl kullanacağını hastasına her zaman anlatırken; bazen yazanların çoğunluğu (%62,9) nasıl kullanacağını bazen anlatmaktadır. Yapılan Ki-kare analizine göre hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu ile Reçeteye yazılan ilaçların nasıl kullanacağını hastasına anlatma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 38).

**Tablo 39: Hastaları tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu ile reçeteye yazılan ilaçların nasıl kullanacağını hastasına anlatma durumu**

		Hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete ediyormusunuz?		Total	Ki-kare	p	
		Hayır	Bazen				
Reçeteye yazdığımız ilaçları nasıl kullanacağını hastanıza anlatır mısınız?	Evet, her zaman anlatırım	n	15	29	44	1,900	,168
		%	62,5%	43,3%	48,4%		
	Evet, bazen anlatırım	n	9	38	47		
		%	37,5%	56,7%	51,6%		
Total		n	24	67	91		
		%	100,0%	100,0%	100,0%		

Hastaları tarafından talep edilen ilacı reçete etmeyenlerin çoğunluğu (%62,5) Reçeteye yazdığı ilaçların nasıl kullanacağını hastasına her zaman anlatırken; bazen reçete edenlerin çoğunluğu (%56,7) nasıl kullanacağını bazen anlatmaktadır. Yapılan Ki-kare analizine göre hastaları tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu ile Reçeteye yazılan ilaçların nasıl kullanacağını hastasına anlatma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 39).

**Tablo 40: Cinsiyet ile hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu**

		Cinsiyet		Total	Ki-kare	p	
		Kadın	Erkek				
Hastalarınızı muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazıyor musunuz?	Hayır	n	13	45	58	,658	,417
		%	72,2%	58,4%	61,1%		
	Bazen	n	5	32	37		
		%	27,8%	41,6%	38,9%		
Total		n	18	77	95		
		%	100,0%	100,0%	100,0%		

Kadınların çoğunluğu (%72,2) ve erkeklerin çoğunluğu (%58,4) hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazmamaktadır. Yapılan Ki-kare analizine göre cinsiyet ile hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 40).

**Tablo 41: Cinsiyet ile hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu**

			Cinsiyet		Total	Ki-kare	p
			Kadın	Erkek			
Hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete ediyor musunuz?	Hayır	n	3	21	24	,178	,673
		%	18,8%	27,6%	26,1%		
	Bazen	n	13	55	68		
		%	81,3%	72,4%	73,9%		
Total	n	16	76	92			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Kadınların çoğunluğu (%81,3) ve erkeklerin çoğunluğu (%72,4) hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete etmektedir. Yapılan Ki-kare analizine göre cinsiyet ile hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 41).

**Tablo 42: Hastaları muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu ile muayene edilen hasta sayısı**

			Hastalarınızı muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazıyor musunuz?		Total	Ki-kare	p
			Hayır	Bazen			
Günde ortalama olarak kaç hasta muayene ediyorsunuz	30 ve daha az	n	18	12	30	,060 <sup>a</sup>	,971
		%	31,0%	32,4%	31,6%		
	30-49 arası	n	23	15	38		
		%	39,7%	40,5%	40,0%		
	50 ve daha fazla	n	17	10	27		
		%	29,3%	27,0%	28,4%		
Total	n	58	37	95			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazmayanların çoğunluğu (%39,7) ve bazen yazanların çoğunluğu (%40,5) günde ortalama 30-49 arası hasta muayene etmektedir. Yapılan Ki-kare analizine göre hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu ile muayene edilen hasta sayısı arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 42).

**Tablo 43: Hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu ile muayene edilen hasta sayısı**

		Hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete ediyor musunuz?		Total	Ki-kare	p	
		Hayır	Bazen				
Günde ortalama olarak kaç hasta muayene ediyorsunuz	30 ve daha az	n	4	27	31	4,670 <sup>a</sup>	,097
		%	16,7%	39,7%	33,7%		
	30-49 arası	n	11	26	37		
		%	45,8%	38,2%	40,2%		
	50 ve daha fazla	n	9	15	24		
		%	37,5%	22,1%	26,1%		
Total	n	24	68	92			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Hastaları tarafından talep edilen ilacı reçete etmeyenlerin çoğunluğu (%45,8) günde ortalama 30-49 arası; bazen reçete edenlerin çoğunluğu (%39,7) ortalama 30 ve daha az hasta muayene etmektedir. Yapılan Ki-kare analizine göre hastaları tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu ile muayene edilen hasta sayısı arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 43).

**Tablo 44: Hastaları muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu ile hastalara yazılan reçete oranı**

		Hastalarınızı muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazıyor musunuz?		Total	Ki-kare	p	
		Hayır	Bazen				
Bu hastaların yaklaşık yüzde kaçına reçete yazıyorsunuz	60 ve altı	n	21	12	33	,359 <sup>a</sup>	,836
		%	36,2%	32,4%	34,7%		
	61-75 arası	n	20	15	35		
		%	34,5%	40,5%	36,8%		
	75 üstü	n	17	10	27		
		%	29,3%	27,0%	28,4%		
Total	n	58	37	95			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazmayanların çoğunluğu (%36,2) hastaların %60 ve daha azına; bazen yazanların çoğunluğu (%40,5) %61-75ine reçete yazmaktadır. Yapılan Ki-kare analizine göre hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu ile hastalara yazılan reçete oranı arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 44).

**Tablo 45: Hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu ile hastalara yazılan reçete oranı**

		Hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete ediyor musunuz?		Total	Ki-kare	p	
		Hayır	Bazen				
Bu hastaların yaklaşık yüzde kaçına reçete yazıyorsunuz	60 ve altı	n	9	24	33	,041	,980
		%	37,5%	35,3%	35,9%		
	61-75 arası	n	9	26	35		
		%	37,5%	38,2%	38,0%		
	75 üstü	n	6	18	24		
		%	25,0%	26,5%	26,1%		
Total	n	24	68	92			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Hastaları tarafından talep edilen ilacı reçete etmeyenlerin çoğunluğu (%75,0) hastaların %75 ve daha azına; bazen reçete edenlerin çoğunluğu (%38,2) %61-75ine reçete yazmaktadır. Yapılan Ki-kare analizine göre hastaları tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu ile hastalara yazılan reçete oranı arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 45).

**Tablo 46: Hastaları muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu ile hastalara ayrılan süre**

		Hastalarınızı muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazıyor musunuz?		Total	Ki-kare	p	
		Hayır	Bazen				
Hastalarınıza ortalama olarak kaç dakika ayırıyorsunuz	5 dk ve altı	n	26	15	41	6,749 <sup>a</sup>	,034
		%	44,8%	40,5%	43,2%		
	5-9 dk arası	n	12	16	28		
		%	20,7%	43,2%	29,5%		
	9 dk üstü	n	20	6	26		
		%	34,5%	16,2%	27,4%		
Total	n	58	37	95			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazmayanların çoğunluğu (%44,8) hastalarına ortalama 5 dk ve daha az; bazen yazanların çoğunluğu (%43,2) 5-9 dk arası zaman ayırmaktadır. Yapılan Ki-kare analizine göre hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu ile hastalara ayrılan süre arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ) (Tablo 46).

**Tablo 47: Hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu ile hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu**

		Hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete ediyormusunuz?		Total	Ki-kare	p
		Hayır	Bazen			
Hastalarınıza ortalama olarak kaç dakika ayırıyorsunuz	5 dk ve altı	n	12	29	41	2,213 <sup>a</sup> ,331
		%	50,0%	42,6%	44,6%	
	5-9 dk arası	n	4	22	26	
		%	16,7%	32,4%	28,3%	
	9 dk üstü	n	8	17	25	
		%	33,3%	25,0%	27,2%	
Total	n	24	68	92		
	%	100,0%	100,0%	100,0%		

Hastaları tarafından talep edilen ilacı reçete etmeyenlerin çoğunluğu (%50,0) ve bazen reçete edenlerin çoğunluğu (%42,6) hastalarına ortalama 5 dk ve daha zaman ayırmaktadır. Yapılan Ki-kare analizine göre akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim alma durumu ile hastalara ayrılan süre arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 47).

**Tablo 48: Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim alma durumu ile hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu**

		Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak ister misiniz?		Total	Ki-kare	p
		Evet	Hayır			
Hastalarınızı muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazıyor musunuz?	Hayır	n	52	6	58	,331 ,565
		%	63,4%	50,0%	61,7%	
	Bazen	n	30	6	36	
		%	36,6%	50,0%	38,3%	
Total	n	82	12	94		
	%	100,0%	100,0%	100,0%		

Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak isteyenlerin çoğunluğu (%63,4) hastalarına muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazmamakta iken almak istemeyenlerin %50,0'si bazen yazmaktadır. Yapılan Ki-kare analizine göre hastaları tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu ile hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre ilaç yazma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 48).

**Tablo 49: Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim alma durumu ile hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu**

		Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak ister misiniz?		Total	Ki-kare	p	
		Evet	Hayır				
Hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete ediyor musunuz?	Hayır	N	20	4	24	,056	,814
		%	25,3%	33,3%	26,4%		
	Bazen	N	59	8	67		
		%	74,7%	66,7%	73,6%		
Total	N	79	12	91			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak isteyenlerin çoğunluğu (%74,7) ve almak istemeyenlerin çoğunluğu (%66,7) hastalar tarafından talep edilen ilaçları bazen reçete etmektedir. Yapılan Ki-kare analizine göre akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim alma durumu ile hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete etme durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 49).

**Tablo 50: Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim alma durumu ile sık karşılaşılan hastalıklar için oluşturulan kişisel ilaç listesi bulunma durumu**

		Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak ister misiniz?		Total	Ki-kare	p	
		Evet	Hayır				
Sık karşılaştığımız hastalıklar için oluşturduğunuz kişisel ilaç listeniz var mı?	Evet	N	48	8	56	,072	,789
		%	57,8%	66,7%	58,9%		
	Hayır	N	35	4	39		
		%	42,2%	33,3%	41,1%		
Total	N	83	12	95			
	%	100,0%	100,0%	100,0%			

Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak isteyenlerin çoğunluğunun (%57,8) ve istemeyenlerin çoğunluğunun (%66,7) sık karşılaştığı hastalıklar için oluşturduğu kişisel ilaç listesi bulunmaktadır. Yapılan Ki-kare analizine göre akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim alma durumu ile sık karşılaşılan hastalıklar için oluşturulan kişisel ilaç listesi bulunma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 50).

**Tablo 51: Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim alma durumu ile reçeteye yazılan ilaçların nasıl kullanılacağına hastaya anlatma durumu**

		Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak istersiniz?		Total	Ki-kare	p	
		Evet	Hayır				
Reçeteye yazdığımız ilaçları nasıl kullanacağını hastanıza anlatır mısınız?	Evet, her zaman anlatırım	N	38	7	45	,184	,668
		%	46,9%	58,3%	48,4%		
	Evet, bazen anlatırım	N	43	5	48		
		%	53,1%	41,7%	51,6%		
Total		N	81	12	93		
		%	100,0%	100,0%	100,0%		

Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak isteyenlerin çoğunluğu (%53,1) reçeteye yazdığı ilaçların nasıl kullanılacağını hastasına bazen anlatmakta iken istemeyenlerin çoğunluğu (%58,3) her zaman anlatmaktadır. Yapılan Ki-kare analizine göre akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim alma durumu ile reçeteye yazılan ilaçların nasıl kullanılacağına hastaya anlatma durumu arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ) (Tablo 51).

## 7. TARTIŞMA ve SONUÇ

DSÖ tarafından yapılan çalışmalarda, hastalara reçete edilen ilaçların yarısından fazlasının gereksiz yere yazıldığı ve dağıtıldığı görülmektedir. Bu olumsuz durumu ülkemizde yapılan akılcı ilaç kullanımı çalışmaları da doğrulamaktadır. AİK'in ülke genelinde yaygınlaştırılmasında toplumun ilgili bütün paydaşlarına önemli görevler düşmektedir. Söz konusu paydaşlar arasında en önemli sorumluluk tartışmasız hekimlere düşmektedir. Bundan dolayı, hekimlerin AİK konusundaki bilgi ve tutumlarının bilinmesi, toplumun ilaç kullanım kültürünün oluşmasında büyük önem arz etmektedir.

Yapılan literatür taramalarında ülkemizde akılcı ilaç kullanımı konusunda farklı çalışmalara ulaşılmıştır. Fakat, aile sağlık merkezi (ASM)'inde çalışan hekimlerin akılcı ilaç kullanımındaki rolünü ölçen çalışma sayısı oldukça yetersiz kalmıştır. Çalışma sayısının yetersiz olması ortaya konulan bulguların karşılaştırılması açısından ülkemizde önemli bir eksiklik oluşturmaktadır. Bundan dolayı bu çalışmanın sonuçları ülkemizde yapılmış olan az sayıdaki çalışma ve dünyada aynı konuda yapılmış çalışmaların sonuçları ile kıyaslama yapılarak değerlendirilecektir.

Akılcı İlaç Kullanımı konusunda yapılmış çalışmalar sonucunda elde edilen veriler, hem AİK'in uygulanmasında hem de genel olarak ilaçla ilgili yapılacak tüm yasal düzenlemeler için önemli ipuçları verebilir (Walley, 1993). Bundan dolayı Batman aile sağlık merkezlerinde görev yapan 96 aile hekiminin gerçekleştirilen anket çalışmasında verdikleri cevaplar, AİK konusunda daha sonra yapılacak düzenlemeler için önemli ipuçları vereceği gibi, çalışma konusu alandaki eksikliğin giderilmesi adına ulusal ve uluslararası literatüre de önemli katkı yapabilecektir.

Bu araştırma, Batman ilinde çalışan aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirmesi, ilaç bilgi ve davranışlarının, ilaçların doğru ve akılcı kullanılmasında ne ölçüde etkin olduklarının ve akılcı ilaç kullanımı ile ilgili tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırmaya katılan 96 hekimin %81,3'ü erkek (n=78), %18,8'i kadın (n=18) olduğu sonucuna varılmıştır (Tablo 1). 2007 yılında Ankara'da bu çalışmanın amaçlarına benzer olarak gerçekleştirilen bir çalışmada, araştırmaya katılan 107 hekimin %58,9'u kadın (n=63), 2018 yılında Bitlis'te yapılan çalışmada ise 74 hekimin %87,8'i erkek (n=65) olduğu ortaya çıkmıştır. Yapılan çalışmada katılımcıların büyük bir çoğunluğu erkeklerden oluşmaktadır. Ankara da yapılan çalışmada kadın katılımcı, Coğrafi olarak yakın bölge olan Bitlis'te ise erkek katılımcı sayısının fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmanın

yapıldığı ildeki ASM'lerin genel olarak merkez haricinde mahalle kısmında bulunması ve sosyo-ekonomik gelişimin tamamlanmaması kadın hekimlerin çalışma bölgesini tercih etmemelerindeki nedenler arasında olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan 96 hekimin %24'ü (n=23) 30 yaş ve altı, %39,6'sı (n=38) 30-35 yaş aralığında ve %36,5'i 35 (n=35) yaş üstü aralığındadır (Tablo 2). Katılımcıların büyük çoğunluğu 30-35 yaş arasında olduğu görülmektedir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde; Ankara ilinde Akkurt (2016) tarafından yapılan benzer çalışmada 180 kişilik katılımcıdan %8,3'ü 20-25 yaş aralığında %51,7'si 26-30, %23,3'ü 31-35 ve %16,7'si 36 ve üzeri yaştadır. Konya ilinde İnce (2018) tarafından yapılan çalışmada ise Araştırmaya katılan hekimlerin %13,8'i 20-30 yaş aralığında, %33,1'i 31-40 yaş aralığında ve %44,4'ü 41-50 yaş aralığında, %8,8'i ise 51 ve üzeri yaş aralığında olduğu görülmüştür. Benzer çalışmalardan elde edilen verilerden hareketle çalışmanın yapıldığı illerde çalışan aile hekimlerin genellikle genç bir yaş aralığında oldukları söylenebilir.

Araştırmaya katılan 96 hekimin %7,3'nün (n=7) uzmanlık eğitimi almış olduğu ve %92,7'sinin (n=89) pratisyen hekimlerden oluşmaktadır (Tablo 3). Birinci basamak sağlık kuruluşu olan aile hekimliği birimlerinde çalışan aile hekimlerinin genellikle mezuniyet sonrası tercih ettikleri çalışma sahası olması ve bu alanın ülkemizde önem verilen bir alan olması gibi nedenlerle çalışan pratisyen hekimlerin yüksek oranda olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin mesleki deneyimlerine bakıldığında araştırmaya katılan 96 hekimin %36,5'i (n=35) 5 yıl ve altı, %33,3'ü (n=32) 6-10 yıl arası ve %30,2'si (n=29) 10 yıl ve üzeri mesleki deneyime sahiptir (Tablo 4). Bitlis ilinde Salgın (2018) yapılan benzer bir çalışmada ise hekimlerden mesleki tecrübeleri %55,4'ünün mesleki tecrübesinin 1-5 yıl, %25,7'sinin 6-10 yıl tecrübesi olduğu ortaya çıkmıştır. İncelenen çalışmalarda elde edilen verilere göre araştırmanın yapıldığı çalışma sahalarında çalışan aile hekimlerinin büyük oranda mesleğin başlangıç yıllarında oldukları söylenebilir. Mesleki deneyimin beraberinde bilgi ve beceriyi artırdığı varsayımından yola çıkarak aile hekimlerinin mesleki deneyimlerinin artması ile mesleki bilgi ve becerisinin de artacağı sonucuna varılabilir (Salgın, 2018).

Araştırmaya katılan 96 hekimin %32,3'nün (n=31) günlük ortalama muayene sayısı 30 ve altı, %39,6'sının (n=38) 30-49 arası, %28,1'nin (n=27) 50 ve üstüdür (Tablo 5). Serhat Vançelik ve arkadaşlarının Erzurum'da pratisyen hekimlerle yaptıkları bir çalışmada hekimlerin %15,1'inin ortalama hasta sayısı 30 ve altı, %37,5'inin 30-59 arası, %26,3'ünün 60-89 arası ve %21,1'inin 90 ve üzeri olduğu belirtilmiştir (Vançelik ve ark.,

2006). 2005 yılında Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü tarafından Ankara ilindeki bütün sağlık ocaklarında çalışan hekimler ile yapılan bir araştırmada, hekimlerin günlük muayene ettikleri hasta sayısı ortalama 40,4 olarak bulunmuştur. Bitlis ilinde yapılan benzer bir araştırmada katılımcıların günde muayene ettikleri hasta sayısının %37,8'lik çoğunlukla günde ortalama 21-30 hasta muayene ettikleri ortaya çıkmıştır. Katılımcıların bir günde muayene ettikleri hasta sayısının genel ortalaması ise 25,1'olmuştur (Salgın, 2018). Ankara ilinde yapılan çalışmada ise hekimlerin günlük muayene ettikleri hasta sayısının dağılımına bakıldığında %32'lik çoğunlukla günde ortalama 30-59 hasta muayene ettikleri sonucuna varılmıştır (Akkurt, 2016). Ortaya çıkan sonuçlar araştırmanın yapıldığı Batman ilindeki hasta yükünün karşılaştırma yapılan çalışma diğer bölgelere (Bitlis hariç) göre oldukça az olduğunu göstermektedir. Günlük muayene edilen ortalama hasta sayısındaki bu farklılığın sebebi olarak, araştırmanın yapıldığı ildeki nüfus oranının karşılaştırma yapılan diğer saha çalışmalarının yapıldığı yerlerden az olması ve araştırma bölgesindeki hastaların birinci basamak sağlık kurumları yerine genellikle ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurmaları söylenebilir. 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan geniş bir çalışmada aile hekimlerinin %98,2'si günlük muayene edilen hasta sayısının 20 ve altında olması durumunda ilaç seçiminde etkinlik, güvenlik, uygunluk ve düşük maliyetli ilacın seçimi noktasında hastalara yeterli zaman ayırabildiklerini söylemişlerdir. Bundan dolayı Batman ilinde yaptığımız bu çalışmada elde edilen günlük ortalama muayene sayısı ideale yakın bir sayı olarak değerlendirilebileceği sonucundan yola çıkarak akılcı ilaç kullanımı ilkelerine daha çok uyulabileceği söylenebilir.

Araştırmaya katılan 96 hekimin %34,4'ü (n=33) günlük başvuran hastaların %60 ve altında, %37,5'i (n=36) %61 ile %75 arasında ve %28,1'i (n=27) %75 ve üzerinde reçete yazdığını belirtmiştir (Tablo 6). Akkurt'un (2016) Ankara da yaptığı benzer bir çalışmada hekimlerin %26,7'si günlük başvuran hastaların %21-40'ına ilaç reçete ettiklerini belirtirken, %40'ı hastaların %41-80'ine reçete yazdığını belirtmiştir. Salgın'ın (2018) Bitlis'te yaptığı akılcı ilaç kullanımı konulu çalışmada ise hekimlerin muayene ettikleri hastalara reçete yazma ortalaması büyük çoğunluğun ifadesi ile %71-80'dir. Peköz'ün (2018) İzmir'de yaptığı benzer araştırmada hekimlerin %23,8'i günlük başvuran hastaların %21-%40'ına reçete yazdığını belirtirken, %37,1'i hastaların %41-%80'ine reçete yazdığını belirtmiştir (Peköz, 2018). Birinci basamak sağlık kurumları ayakta ve günü birlik sağlık hizmetleri vermekte olup rahatsızlıkların çoğu da acil olmayan durumlardan oluşmaktadır. Bununla birlikte, aile hekimlerinin kendilerine başvuran hastalara ilaç reçete

etme eğilimlerinin yüksek olduğu anlaşılmıştır. Bu durum, hastalığın tedavi sürecinde ilaca bağımlılığın yüksek olduğunu ortaya çıkarmıştır. Akılcı ilaç kullanımı açısından değerlendirildiğinde olumsuz bir sonucun meydana geldiği görülmektedir. İlaç dışı tedavi ile iyileştirilebilecek rahatsızlıkları bile ilaca bağımlı kılmakta ve bunun yanında ilaç harcama bütçesine ağır bir yük getirmektedir (Salgın, 2018).

Araştırmaya katılan 96 hekimin %9,4'ü (n=9) reçete ettikleri ortalama ilaç sayısını 2 kalem olarak belirtirken, %83,3'ü (n=80) 3 kalem olarak belirtmiştir (Tablo 7). İzmir ilindeki sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimlere yönelik yapılan benzer bir çalışmada, reçete edilen ortalama ilaç kalem sayısı 2,7 olarak bulunmuştur (Şahin ve Şaçakoğlu, 2005). Samsun ilinde tarafından yapılan akılcı ilaç kullanımı konulu çalışmada ortalama ilaç kalem sayısı 2,0 olarak bulunmuştur (Pilgir, 2017). Ankara'daki çalışan tüm sağlık ocağı hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada reçete edilen ilaç sayısı ortalaması 3,23 olarak tespit edilmiştir. Akılcı ilaç kullanımının bütün paydaşları üzerinden yazılan reçeteler değerlendirilmek üzere Sağlık Bakanlığı tarafından birçok araştırma ortaya koyulmuştur. Bu kapsamda, Bolu ilinde otokarbonlu defterler üzerinden yapılan bir çalışmada yazılan 4536 reçetede ortalama 2,46 kalem ilacın bulunduğu sonucuna varılmıştır (Mollahaliloğlu, 2000). Adıyaman'da gerçekleştirilen benzer bir çalışmada 6095 reçetede ortalama 2,34 kalem ilaç yer aldığı bildirilmiştir. Bayburt'ta ortaya konulan bir çalışmada ise reçete başına 2,68 ve 2,66 kalem ilaç yazıldığı görülmüştür (Doğukan ve ark., 2004). Bizim çalışmamız ve Ankara ilinde bütün sağlık ocağı hekimleri üzerinde yapılan çalışma hekim beyanları üzerine yapılan araştırmalardır. Diğer çalışmalar ise gerçekleştirilmiş reçeteler üzerinde yapılan çalışmalardır. Yazılan reçetede yer alan ilaç kalem sayısı akılcı ilaç kullanımı açısından önem arz etmektedir. Olması gerekenden fazla ilaç reçeteye yazılması, hastanın gereksiz tedavi almasına ve ilaç yan etkileri ve ilaçların etkinlikleri açısından olumsuz sonuçlara doğurabilir. Hastaya fazla ilaç reçete edilmesi; doz aşımı, ilaç suiistimali ve bağımlılığı, tedaviye uyumun azalması, en önemli ilacın atlanması gibi olumsuz sonuçlar ortaya çıkabilir. Diğer bir olumsuz sonuç ise ekonomik olarak ayrılan bütçenin gereksiz kullanımı ve israftır.

Araştırmaya katılan 96 hekimin %43,8'i (n=42) hastalarına ayrılan ortalama sürenin 5 dakika ve altı, %29,2'si (n=28) 5-9 dakika arası iken %27,1'i 10 dakika ve üstü olduğunu belirtmiştir (Tablo 8). Ortalama muayene süresinin 10 dakikanın üzerinde olması gerektiğinden günlük ortalama 50 hastadan daha fazla muayene eden doktorların bütün mesailerini ASM de geçse dahi muayene sürelerinin bu ideal sürenin altında olacağı görülmektedir. Hekimlerin %73'ü hastalarına muayene için 10 dakikadan daha az bir süre

ayırabildiklerini söylemişlerdir. Yapılan benzer bir araştırmada ise pratisyen hekimlerin %12,5'inin 1-4 dakika da hasta muayene ettikleri, muayene için 5-9 dakika süre ayıran hekim oranının %40,8 olduğu ve %15,8'inin ise hastalara 15 dakika ve üzerinde süre ayırdıkları ifade etmişlerdir (Çalıkoğlu, 2006). Akkurt (2016)'un Ankara'da asistan hekimlerle yaptığı başka bir çalışmada, hekimlerin sadece %5,0'inin hasta başına 15 dakika ve üzeri süre ayırabildiği anlaşılmıştır. Tedavinin düzenlenmesi için ihtiyaç duyulan minimum sürenin 8-10 dakika olması gerçeği göz önünde bulundurulduğunda bu sürelerin AİK ilkeleri çerçevesinde hastanın doğru tanı ve tedavisinin düzenlenmesi de dâhil, yeterli süreyi karşılayamayacağı açıktır (Conrad, 1994, 10). DSÖ'nün gelişmekte olan ülkelerde yaptığı bir çalışmada birinci basamakta çalışan hekimlerin ortalama muayene sürelerinin 3 ila 6,3 dakika arasında değiştiği sonucuna varılmıştır (Kafle, 1992). Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda ise hekimlerin hastalarına muayene için ayırdıkları zamanının gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla olduğu görülmüştür. Literatürde birçok çalışmada bu ideal zamanın hekim ve hasta iletişimi yönünden çok önemli bir unsur olduğu, hastaya yeterli bilgi verilebilmesi için bu zamanın gerekli olduğu belirtilmektedir (Gordon, 1997).

Araştırmaya katılan 96 hekimin %38,5'i (n=37) hastalarını muayene etmeden şikâyetlerine göre bazen reçete yazmakta, %60,4'ü hastalarını muayene etmeden reçete yazmadıklarını söylemişlerdir (Tablo 9). Doğukan ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada, katılımcıların %40,2'sinin hastaları muayene etmeden ilaç yazmadıkları ve %42,5'inin ise sadece kronik hastalıklara ile ilgili ilaçları hastaları muayene etmeden yazdıkları sonucuna varılmıştır (Doğukan, 2008). Konuya ilişkin olarak Özata ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada "hastayı muayene etmeden ilaç yazar mısınız?" sorusuna hekimlerin %49,8'i hiçbir zaman cevabını verirken, %46,3'ü ise bazen cevabını vermişlerdir.

Araştırmaya katılan 96 hekimin %4,2'si (n=4) hastalar tarafından talep edilen ilaçları reçete ettiğini, %70,8'i (n=68) bazen reçete ettiğini, %25'i (n=24) ise reçete etmediğini belirtmiştir (Tablo 10). Hastalar talebi doğrultusunda reçete edilen ilaçlar, genellikle hastayı muayene etmeden ilacın reçete edilmesine neden olmakta ve bu durum AOİK'u da ortaya çıkarmaktadır. AOİK sebebiyle, ilaçla tedavi sonrasında morbidite ve mortalitede artması, çalışma altına ayrılan bütçenin olumsuz kullanılması, gerek duyulan temel ilaçların dahi temin edilemez olması ve tedavi maliyetlerinin artması sonucu acil ve temel ilaçlara karşı ortaya çıkan direnç gibi bireysel ve toplumsal yönden pek çok problemle karşılaşabilmektedir. İlaçların yan etkilerinin artması, ilaç etkileşimleri, hastanede yatış süresinin uzaması ve hasta uyumunun azalması ise AOİK neticesinde meydana gelen diğer

problemlerdir (Krähenbühl-Melcher ve ark., 2007). Literatürdeki benzer araştırmada da AOİK yönünden benzer sonuçlar ortaya çıkmıştır. Pilgir'in çalışmasında araştırma görevlisi hekimlerin, hastaların özel olarak istediği ilaçları reçete etme durumları sorgulandığında, hekimlerin yaklaşık yarısı; "sadece kronik hastalıklara ait ilaçları reçete ederim", "istenen tüm ilaçları reçete ederim, neden olarak etmediğimde tartışma çıkıyor" ve "bu durumun yanlış olduğunu anlatacak vaktim olmadığı için, reçete ederim" şeklinde belirtiyor (Pilgir, 2017). SB'nin 2011 yılında yaptığı araştırmada aile hekimlerinin %27,1'i ve uzman hekimlerinse %43,6'sı hastalar tarafından talep edilen ilaçları yazmadıklarını belirtmiştir. Ankara ilinde Mollahaliloğlu (2000) tarafından pratisyen hekimlere yönelik yapılmış bir anket çalışmasında, hekimlerin %72,5'inin hastaların özel olarak istediği ilaçları reçete ettiği bildirilmiştir (Mollahali, 2000). İstanbul ilinde birinci basamakta yapılan başka bir çalışmada, hekimlerin %74,2'sinin hastaların özel olarak talep ettiği ilacı reçete ettiği ya da bazen reçete ettiği bildirilmiştir (Akıcı ve ark., 2002). Karşılaştırılan çalışmaların sonuçlarına göre hekimlerin, hastalar tarafından talep edilen yazma durumunda kalmaları probleminin seneler içinde farklılıklar gösterse de devam ettiği görülmektedir. Geline süreçte sağlıkta şiddet ve sağlık çalışanlarına gösterilen şiddet gün geçtikçe arttığı göz önünde bulundurularak, AİK eğitimlerinin sadece sağlık çalışanlarına değil toplumun her kesimine verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan 96 hekimin %25'i (n=24) yazdığı ilaçların seçiminde sosyal güvence durumunu "her zaman", %47,9'u (n=46) "bazen" dikkate aldığını, %27,1'i (n=26) hastanın sosyal güvence durumunu dikkate almadığını belirtti (Tablo 13). 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan geniş bir çalışmada aile hekimlerinin AH'lerin %91,4'ü, UH'lerin %77,4'ü reçete ettiği ilaç tercihinde "her zaman" veya "bazen" hastanın sosyal güvence durumunu dikkate aldığını belirtti. Bitlis ilinde Salgın (2018) yapılan benzer bir araştırmada Sosyal güvencesi olanlarla olmayan hastalara yazdığınız ilaçların seçiminde fark oluyor mu?" ifadesine katılımcıların %17,6'sının "hiçbir zaman", %23'ünün "nadiren" ve %35,1'inin "bazen" şeklinde cevap verdikleri görülmüştür. Konya'da 2004 yılında yapılmış birinci, ikinci, üçüncü basamakta görev yapan hekimlere yönelik bir çalışmada, hekimlerin %46,4'ünün ilaç yazarken hastanın sosyal güvencesinin her zaman önemli olduğunu düşündüğü bildirilmiştir (Özata ve ark., 2006). Hekimlerin hastalarına ilaç reçete ederken, hastanın sosyal güvencesini göz önünde bulundurması faydalı olacaktır. Aksi durumda, özellikle kronik hastalıklarda, pahalı ilaçlarla tedavi edilen hastalıklarda ve hastanın alım gücünün yetersiz olduğu durumlarda çok daha fazla problemle karşılaşılmasına neden olabilir. Bundan dolayı hekim hastanın bu durumunun

farkında olmalı, ilaç seçiminde gerekirse bu durumun gerektirdiği gibi davranmalıdır (Kayaalp, 2005). Diğer taraftan hekimlerin dikkatli olmaları gereken konulardan birisi de, hastalarının bağlı oldukları geri ödeme kurumlarının geri ödeme politikalarından haberdar olma durumlarıdır. Ülkemizde en büyük geri ödeme sistemi olan SGK'nin bu yöndeki tasarrufları hekimlerin ilaç seçimini etkileyebilmektedir. Bundan dolayı hekimlerin bu alandaki görüşlerinin bilinmesi ve geri ödeme kurumları tarafından dikkate alınması gerekir.

Araştırmaya katılan 96 hekimin %57,3'ü (n=55) reçete ettiği ilaçların fiyatını genelde bildiğini, %35,4'ü (n=34) çok az bildiğini ve %7,3'ü (n=7) hiç bilmediğini belirtmiştir (Tablo 14). Ankara ilinde Akkurt (2016) tarafından yapılan benzer çalışmada hekimlerin %1,1'i yazdığı ilaçların fiyatını her zaman bilmekte iken %30,6'sı nadiren fiyatları bilmekte ve %5,0'i ise hiçbir zaman yazdığı ilaçların fiyatlarını bilmediğini belirtmiştir. Yapılan başka bir çalışmada hekimlerin %52,4'ü reçete ettikleri ilaçların fiyatlarını genellikle bildiklerini, %47,2'sinin çok az bildiği veya hiç bilmediği sonucuna varılmıştır (Çalıkoğlu, 2006). Doktorların yalnızca çok sık yazdıkları ilaçların fiyatlarını bildiği şeklinde bir yorum yapılabilir. Akılcı ilaç kullanımı ilkelerinden biri olan maliyet unsuru önemle üzerinde durulması gereken kriterdir. Doktorun önceden şekillenmiş kişisel ilaç seçiminin olduğu, bundan dolayı da ilaç fiyat bilgisinin olduğu düşünüldüğünde duruma iyimser yaklaşılabilir. Fakat maliyet değerlendirilirken, bu bilginin tedavi maliyeti olup olmadığı sorgulanmalıdır. 2000 yılında Ankara ilinde yapılan bir araştırmada, hekimlerin %79,2'si reçete ettiği ilaçların bazılarının fiyatını bildiğini belirtilmiştir (Gurumbachg, 1993). İstanbul'da gerçekleştirilen benzer bir çalışmada, hekimlerin büyük çoğunluğu, ilaç tercihinde fiyatı dikkate aldığını belirtmesine rağmen, "reçete ettiğiniz ilaçların fiyatlarını biliyor musunuz" sorusuna sadece %11,6'sı "evet" yanıtını vermiştir. Hekimlere en çok yazdıkları 18 ilacın fiyatı sorulduğunda, çoğunlukla tek bir ilacın fiyatını doğru bildikleri görülmüştür. Tercih ettikleri ilacın fiyatını bilmemelerine karşın tedavi maliyetini dikkate aldıkları söylemi araştırmacılar tarafından ilginç bulunmuştur.

Araştırmaya katılan 96 hekimin %88,6'sı (n=85) toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payının yüksek veya çok yüksek olduğunu düşünmektedir (Tablo 15). Ankara ilinde Doğukan (2008) tarafından yapılan benzer çalışmada hekimlerin yaklaşık %74'ü toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının payının yüksek veya çok yüksek olduğunu düşünmektedir (Doğukan, 2008). Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları Çalışmasına göre, toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları (eczane ve hastane tüketiminin tamamı dahil olmak üzere) %33,5 olarak ölçülmüştür ve bulguyu

doğrulamıştır. Hekimlerin bu konuda farkındalıklarının yüksek oluşuna karşın, gerekli önemin verilmemesi konusunun irdelenmesi gerekmektedir.

Araştırmaya katılan 96 hekimin %96,9'u (n=93) daha önce akılcı ilaç kullanımı eğitimi aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 16). Katılımcıların yüksek oranda daha önce akılcı ilaç kullanımı eğitimi aldığını belirtmiştir. Eğitim aldıklarını söyleyen 93 kişinin 84'ü eğitim aldıkları yerleri; Sağlık Bakanlığından aldığını belirtirken, 20 kişi tıp fakültesinden aldığını belirtmiştir (Tablo 27). Sağlık Bakanlığı'ndan eğitim alanlar, eğitim alanların %87,5'ünü oluşturmaktayken, üniversiteden eğitim aldığını belirten 20 kişinin %20,8 olması oldukça düşündürücüdür. Ankara ilinde Doğukan (2008) tarafından yapılan benzer çalışmada akılcı ilaç kullanımı eğitimi aldığını belirten hekim sıklığı %11,6 olarak bulunmuş ve eğitim aldığını söyleyen 21 katılımcının %92,9'u eğitimi Sağlık Bakanlığından aldığını belirtmiştir. Batman ilinde yaptığımız çalışmada daha önce AİK eğitimi alan hekimlerin kıyaslanan çalışmaya göre çok yüksek olması ve eğitim alanların yüksek oranda Sağlık Bakanlığı tarafından eğitim almalarına neden olarak çalışmanın yapıldığı 2016 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Batman'da çalışan aile hekimlere zorunlu eğitimin verilmesi gösterilebilir. Tıp fakültelerinde eğitim alanların iki çalışmada da düşük olmasında akılcı farmakoterapi eğitiminin tıp fakültelerinde verilmesinin henüz yaygın olmamasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan 96 hekimin %59,4'ü (n=57) sık karşılaştıkları hastalıklar için kişisel ilaç listelerinin olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 17). Ankara ilinde Akkurt (2016) tarafından yapılan benzer çalışmada hekimlerin %44,7'sinin sık karşılaştığı hastalıklar için oluşturduğu kişisel ilaç listesi var, %31,8'i ise kısmen oluşturduğu kişisel ilaç listesi olduğu sonucuna varılmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında gerçekleştirilen geniş kapsamlı çalışmada AH'lerin %72,8'inin, UH'lerin ise %64,9'unun sık karşılaştıkları hastalıklar için kişisel ilaç listeleri oluşturduğu saptanmıştır. Benzer şekilde, Ankara'da 2007 yılında birinci basamakta yapılmış bir çalışmada, hekimlerin %69,9'unun sık karşılaştıkları hastalıklar için kişisel ilaç listelerine başvurduklarını söylemişlerdir. (Doğukan, 2008). Kişisel ilaç listesinin aile hekimlerinin mesleki tecrübelerine ve çalışma sürelerine göre oluştuğu söylenebilir. Bu durumun olumlu tarafı olabileceği gibi yaşın ve meslekte geçirilen sürenin artmasıyla hekimlerin bu tutumu AİK aleyhinde sonuçlar doğurabilir. Mesleğe yeni başlayan hekimlere göre mesleki süreleri daha uzun olan hekimlerin AİK'in hayata geçirilmesi konusunda daha isteksiz bir tavır içerisinde olmalarının nedeni araştırılmalı ve önüne geçilmelidir. Bugüne kadar verilmiş AİK eğitimlerinin araştırmaya katılan hekimlerde "kişisel ilaç listesi oluşturma" konusunda

gereken katkıyı yapmamış olması ayrıntılı olarak incelenmeli ve daha sonra yapılacak eğitim programlarında bu tespitlerden yararlanılmalıdır.

Araştırmaya katılan 96 hekimin %29,2'si (n=28) hastalarına kesinlikle, %62,5'i (n=60) bazen ismiyle hitap ettiklerini, %8,3'ü (n=8) ise hastalarına isimleriyle hitap etmediklerini belirtmişlerdir (Tablo 18). Ankara (2008) Benzer şekilde birinci basamakta yapılmış bir çalışmada, hekimlerin %48,1'i hastalarına adlarıyla hitap ettiklerini ifade etmişlerdir. Yine Sağlık Bakanlığı tarafından 2011 yılında yapılan bir çalışmada AH'lerin %43,7'si hastalarına kesinlikle isimleri ile hitap ettiklerini, %4,1'i ise hastalarına isimleri ile hitap etmediklerini belirtmişlerdir.

Akılcı ilaç kullanımı ilkelerine göre hastanın tedavisi hakkında gerekli bilgilendirmeyi yapmada birinci derecede sorumlu kişi hekimdir (World Health Organization, 1987). 96 hekimin katılım gösterdiği çalışmamıza katılımcıların %46,9'u (n=45) reçeteye yazdığı ilaçların nasıl kullanacağını hastasına her zaman, %51'i (n=49) bazen, %2,1'i (n=2) ise hasta sorduğu zaman anlattığını belirtmiştir (Tablo 19). Bitlis ilinde 2018 yılında yapılan benzer bir çalışmada katılımcıların %51,4'ünün "sıklıkla" ve %37,8'inin "bazen" şeklinde cevap verdikleri görülmüştür (Salgın, 2018). Peköz'ün (2018) İzmir'de yaptığı benzer çalışmada araştırmaya katılan hekimlerin %31,7'si hastalara ilaçlarla ilgili verdikleri bilgilerin yeterli olduğunu, %60,9'u kısmen yeterli olduğunu, %7,4'ü ise yeterli olmadığını düşünmektedir Akkurt (2016). Ankara'da asistan hekimlerin %56,1'inin hastalarına reçete ettikleri ilacın adı, %88,3'ünün uygulama şekli, %86,7'sinin günlük dozu, %30,6'sının ilacın etkisi, %50,6'sının ilacın olası yan etkileri ve %25,6'sının ise ilaçlarla ilgili uyarıları bilgisini verdiklerini belirtmişlerdir. İzmir'de birinci basamakta yapılmış bir çalışmada, hastalar yüksek oranda (91,8) hekimin ilaçları nasıl kullanacağını açıkladığını bildirmiştir (<http://www.ssyv.org.tr>, Erişim tarihi:15 Ocak 2019).

Araştırmaya katılan 96 hekimin %7,3'ü (n=7) reçeteye yazdığı ilacı hastanın nasıl kullanacağını anlatmanın ilacı veren eczacının görevi olduğunu, %2,1'ü (n=2) ilacı yazan hekimin görevi olduğunu, %90,6'sı (n=87) hem hekim hem eczacının görevi olduğunu düşündüğünü belirtmiştir (Tablo 21). Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında gerçekleştirilen geniş kapsamlı bir çalışmada reçete edilen ilacı hastaya nasıl kullanılacağını anlatmak kimin görevi olduğu konusundaki düşüncelerinin dağılımına bakıldığında aile hekimlerinin büyük çoğunluğu (%82,5'i,) reçeteye yazdıkları ilacın nasıl kullanılacağını hem hekim hem de eczacının anlatması gerektiğini beyan etmişlerdir.

Araştırmaya katılan 96 hekimin %37,5'i (n=36) reçete yazarken ilacın fiyatını her zaman dikkate aldığını, %57,3'ü (n=55) bazen dikkate aldığını, %5,2'si (n=5) ise ilaç

fiyatını dikkate almadığını belirtmiştir (Tablo 22). İlaç fiyatı hakkında bilgi sahibi olan hekimlerin ilaç reçete ederken ilaç fiyat bilgisini dikkate alma durumları sorgulandığında, yazdığı ilaçların “hepsinin veya bazılarının fiyatlarını bildiğini” söyleyen AH’lerin %70,9’u, UH’lerin %74,6’sı ilaç reçete ederken “ilacın fiyatını bazen dikkate aldıklarını” belirtmiştir. Bu bilgiyi her zaman dikkate aldığını ifade edenlerin ise AH’lerin %25,8’ini, UH’lerin %20,1’ini meydana getirdiği görülmüştür. Bu soruya bazen yanıtı vermiş olan hekimlerden AH’lerin %97,6’sı, UH’lerin %92,9’u “hastanın sağlık güvencesinin olmaması” hâlinde ilacın fiyatını dikkate aldığını söylemiştir. 1998 yılında Amerika’da gerçekleştirilen bir araştırmada, hekimlerin büyük oranının (%94), hastaların sağlık güvencesi olmaması halinde ilaçların maliyetini önemli ölçüde önemseydiği, olması durumunda ise bu oranın azaldığı bildirilmiştir (Reichert, 2000). 2004 yılında Konya’da gerçekleştirilmiş birinci, ikinci, üçüncü basamakta çalışan hekimlere yönelik bir araştırmada, hekimlerin çoğunluğu (%54,6) ilaç reçete ederken fiyatına bazen, %23,2’sinin ise her zaman dikkat ettiği bildirilmiştir (Özata ve ark., 2018). Ankara’da 1999-2000 yılları arasında birinci basamakta gerçekleşmiş bir araştırmada, hekimlerin %72,5’inin ilaç reçete ederken ilaçların fiyatını bazen dikkate aldığı, %24,2’sinin ise her zaman dikkate aldığı bildirilmiştir (Çalıköğlü, 2006).

Dünya Sağlık Örgütü istisnai durumlar haricinde hemen her hastalığın tedavisinde ilaç dışı tedaviyi önermektedir. Hayat tarzı değişiklikleri, eğitim programları, kilo kontrolü, beslenmenin düzenlenmesi, eklem koruma, enerji tüketimi, sigara, alkol tüketiminin kısıtlanıp en aza çekilmesi gibi tedbirler olabilir. Hem hekimlerin hem de hastaların tedavi sürecinde genellikle sadece ilaç odaklı yaklaşımı AOİK’in en önemli nedenleri arasında sayılabilir. Bu durum aşırı ve gereksiz ilaç kullanımını artırarak, tedavide ilacın istenilen etkinliğinin ortaya çıkmasını engelleyebilmektedir. Hastalıkların bazılarında ilaçsız tedavi tek başına yeterli olabilmektedir. Bununla birlikte ilaçsız tedavinin maliyeti düşürücü özelliğini de göz önünde bulundurulduğunda, AOİK’in etkin ve güvenli olmayan tedavi problemlerine neden olduğu gibi önemli ekonomik zararlara da yol açtığı açıktır ([www.akilciilac.gov.tr](http://www.akilciilac.gov.tr), Erişim tarihi: 20 Mayıs 2019). Bundan dolayı tüm paydaşlar bu konuda daha fazla bilinçlendirilmelidir. Araştırmaya toplam 96 hekim katılmıştır. Araştırmaya katılan 96 hekimin %10,4’ü (n=10) hastasına ilaç dışı tedaviyi her zaman öneririm, %39,6’sı (n=38) bazen, %46,5’i (n=45) sadece bazı hastalıklar için önerdiklerini, %3,1’i (n=3) ise önermediklerini belirtmişlerdir (Tablo 23). Hekimlerin, hastalarına ilaç dışı tedavi önerme durumları sorgulandığında, SB’nin (2010) araştırmasında, AH’lerinin %50,4’ü, UH’lerin %56,1’i yalnızca bazı hastalıklar için

hastalarına ilaç dışı tedavi önerdiğini belirtmiştir. Ankara ilinde 2008 yılında Doğukan tarafından birinci basamakta gerçekleştirilmiş bir araştırmada, hekimlerin %74,3'ünün hastalarına ilaç dışı tedavi önerdiği bildirilmiştir. Yine İstanbul ilinde 2000 yılında Akıcı tarafından pratisyen hekimlere yönelik AİK konusunda kısa süreli eğitim müdahalesinin yapıldığı benzer bir çalışmada, AİK eğitimi öncesi hekimlerin %75'inin "hastasını ilaç dışı tedavi konusunda bilgilendirdiğini" ifade ettiği, eğitimden sonra ise bu oranın %91,7'ye yükseldiği belirtilmiştir. İstisnai durumlar haricinde hemen her hastaya ilaç dışı tedavi önermeleri beklenirken, literatüre yansımış diğer çalışmalarda ve bu çalışmada hekimlerin ilaç dışı tedavi önerme yaklaşımları, istenilenin oldukça gerisindedir. Yapılan çalışmalarda AİK eğitimlerinin fark yaratarak bilinç düzeyini arttırdığı ortaya çıkmıştır. Bu da Türkiye'de hekimlerin hastalarına ilaç dışı tedaviyi istenilen seviyede önermeleri konusunda AİK eğitimine duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılan 96 hekimin %86,5'i (n=83) akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak istediklerini, %12,5'i (n=12) ise almak istemediğini belirtmiştir (Tablo 24). Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında gerçekleştirilen geniş kapsamlı çalışmada hem aile hekimleri hem de uzman hekimler grubunda önemli sayıdaki hekim (AH'lerin %74,2'si ve UH'lerin %71,8'i) AİK konusunda eğitim almak istediğini ifade etmiştir. Ankara ilinde 2008 yılında birinci basamakta yapılan benzer bir çalışmada, hekimlerin %64,4'ünün AİK konusunda eğitim almak istediğini bildirmiştir (Doğukan, 2008). Peköz'ün (2018) İzmir'de yaptığı benzer araştırmada hekimlerin %70,8'i AİK konusunda eğitim almak istediğini belirtirken, %29,2'si AİK konusunda eğitim almak istemediğini belirtmiştir. Karşılaştırma yapılan çalışma bulguları dikkate alındığında son birkaç yıl içerisinde akılcı ilaç kullanımı eğitimi almak isteyenlerin oranının yükseldiğini görebiliriz. Özellikle, aile hekimlerinde genç hekim oranının yüksek olması ve mesleklerinde daha yetkin bir konuma gelmek, hata oranlarını en aza indirmek gibi nedenlerle bu eğitimlerden yararlanma talepleri yüksek olduğu söylenilebilir. Akılcı ilaç kullanımı eğitiminin hangi kuruluşlarca verilmesini istersiniz şeklindeki soruya katılımcıların %93,8'i (n=90) Sağlık Bakanlığı, %20,8'i (n=20) ise Meslek Odası tarafından verilmesini istemektedir (Tablo 36). Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmada da (AH'lerin %78,2'sinin, UH'lerin %70,4'nün) bu eğitimin SB tarafından verilmesini isteyenlerin oranı yüksek olmuştur. Bu bulgular en kısa süre içerisinde başta Sağlık Bakanlığı olmak üzere çeşitli kurum ve meslek örgütlerinin AİK eğitimi düzenlenmesine olan ihtiyacı göstermektedir. Planlanacak AİK eğitimlerinde elde edilen tespitleri doğrultusunda, özellikle daha çok talep eden gruplara öncelik verilmesi eğitimin başarısını artırabileceği düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinden ilaç hastaya ilaç yazarken yararlandıkları anamnez bilgilerinden ne sıklıkla yararlandıkları öğrenilmeye çalışılmıştır. Buna göre; araştırmaya katılan 96 hekiminin çoğunluğu (%79,2) ilaç reçete ederken hastanın yaş bilgilerinden her zaman yararlandığını, çoğunluğu (%55,2) ilaç reçete ederken hastanın cinsiyet bilgilerinden her zaman yararlandığını, çoğunluğu (%45,3) ilaç reçete ederken hastanın ilaç alerjisi bilgilerinden her zaman yararlandığını, çoğunluğu (%49,0) ilaç reçete ederken hastanın karaciğer hastalığı bilgilerinden sıklıkla yararlandığını, çoğunluğu (%49,0) ilaç reçete ederken hastanın böbrek hastalığı bilgilerinden sıklıkla yararlandığını, çoğunluğu (%53,1) ilaç reçete ederken hastanın kronik diğer hastalık bilgilerinden sıklıkla yararlandığını, çoğunluğu (%94,8) ilaç reçete ederken hastanın gebelik ve emzirme bilgilerinden her zaman yararlandığını, çoğunluğu (%39,6) ilaç reçete ederken hastanın sosyal güvence bilgilerinden sıklıkla yararlandığını, çoğunluğu (%43,8) ilaç reçete ederken hastanın alım gücü bilgilerinden sıklıkla yararlandığını, çoğunluğu (%57,3) ilaç reçete ederken hastanın kullandığı diğer ilaç bilgilerinden sıklıkla yararlandığını belirtmiştir (Tablo 26). Bitlis ilinde 2018 yılında yapılan benzer bir çalışmada aile hekimlerinin beyanlarına göre %31,1 ile ilaç alerjisini sorgularım ifadesi ilk sıradayken, %43,2 ile kronik hastalığı sorgularım ifadesi ikinci sırada ve %47,3 ile kullandığı ilaçları sorgularım ifadesi üçüncü sırada yer almıştır (Salgın, 2018). Erzurum ilinde yapılan birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlere yönelik çalışmada pratisyen hekimlere, hastaya ilaç yazarken yararlandıkları anamnez bilgilerine katılımları her zaman, bazen ve hiçbir zaman şeklinde sorulmuştur. Çoğunluğun görüşü ile sırasıyla %59,9'luk her zaman ifadesi ile kullanılan ilaçları ve kronik hastalığın varlığı ilk sırada yer alırken, %57,9'luk her zaman ifadesi ile yaş ikinci sırada yer almıştır (Çalikoğlu, 2006). İstanbul'da birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlere yönelik yapılan araştırmada pratisyen hekimlere, ilaç yazılmasında hastaların anamnez bilgilerinden faydalanıp faydalanmadıkları sorulmuştur. Ortaya çıkan bulgulara göre en yüksek katılım %93,2 ile kullandığı ilaçları sorgularım, %85,1 ile kronik hastalığını sorgularım ve %83,8 ile yaşını dikkate alırım ifadelerine olmuştur (Akıcı ve ark., 2002). Yine Kırıkkale ilinde yapılan benzer bir araştırmada hekimlere, ilaç yazarken yararlandıkları anamnez bilgilerine katılımları her zaman, sıklıkla, bazen, nadiren ve hiçbir zaman şeklinde sorulmuştur. Katılımcıların büyük bir çoğunluğu 62,1'lik her zaman ifadesi ile hastanın yaşı ilk sırada yer alırken, %58,6'lık her zaman ifadesi ile kullanılan başka ilaçların varlığı ikinci sırada ve %49,4'lük her zaman ifadesi ile kronik hastalık öyküsü üçüncü sırada yer almıştır (Saygılı ve Özer, 2015).

Akılca ilaç kullanımı konusunda eğitim alan aile hekimlerinin eğitimi hangi kurum ve

kuruluşça aldıklarına ilişkin elde edilen verilerde; hekimlerin %86,5'i (n:85) Sağlık Bakanlığı tarafından verilen hizmet içi eğitime programına katılarak, %17,7'si (n:17) Üniversite / Meslek Odasının Düzenlediği Seminer / Toplantı / Kongreye katılarak aldığını belirtmiştir (Tablo 29). Bitlis ilinde yapılan benzer çalışmada ilk sırayı %51,8'lik oran ile Sağlık Bakanlığı, ikinci sırayı ise %20,3'lük oran ile Tıp Fakültesi almıştır. Mollahaliloğlu ve diğerleri (2011a) tarafından 12 farklı ilde yapılan geniş kapsamlı araştırmada aile hekimlerinin %53,3'ü akılcı ilaç kullanımı eğitimlerini tıp fakülteleri ve meslek odalarının düzenledikleri eğitim programlarına katılarak, %56,6'sı ise Sağlık Bakanlığı tarafından verilen hizmet içi eğitime programına katılarak aldıklarını belirtmişlerdir. Kırıkkale'de 2015 yılında yapılan çalışmada hekimlerin %58,3'ü akılcı ilaç kullanımı eğitimlerini tıp fakültelerinden %25'i ise Sağlık Bakanlığı'ndan aldıklarını beyan etmişlerdir. Literatür taramasında akılcı ilaç kullanımı konusunda yapılan çalışmalar incelendiğinde konu ile ilgili genellikle mesleğe başladıktan sonra Sağlık Bakanlığı tarafından hizmet içi eğitim yoluyla eğitime tabi tutuldukları sonucuna varılabilir. Oysa hekimler mesleğe başlamadan tıp eğitimleri sırasında AİK ile ilgili eğitim almaları gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda elde edilen verilere bakıldığında tıp fakültelerinden eğitim alan hekimlerin oranı istenilen seviyelerde değildir. Bundan dolayı üniversitelerin tıp fakültelerinde akılcı ilaç kullanımına yönelik verilen eğitimlerin yetersiz olduğu sonucu ortaya çıkacaktır. Elde edilen bulgular neticesinde tıp fakültelerinde AİK eğitimlerine gerekli önemin verilmesi gerekmektedir.

Akılcı ilaç kullanımı ilkelerine bakıldığında etkililik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet kriterleri ilaç tercihinde dikkate alınması gereken önemli parametrelerdir. Hekimlerin ilaç seçerken dikkate aldığı kriterler sorgulandığında, araştırmaya katılan 96 hekimin %91,7'si (n=88) etkililiğini, %88,5'i (n=85) güvenliliğini, %85,4'ü (n=82) uygunluğunu, %71,9'u (n=69) maliyetini, %77,1'i (n=74) kişisel tecrübesini, %12,5'i (n=12) ilaç firmalarının tanıtımlarını, %19,8'si (n=19) ise meslektaşlarının tavsiyesini dikkate aldığını belirtmiştir (Tablo 30). Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen çalışmada; AH'lerin %97,4'ünün, ilaç seçerken en sık dikkate aldığı kriterin "etkililik" olduğu bununla birlikte %83,9'unun, ilacın güvenliliğini, %83,3'ünün, ilaçla ilgili kişisel tecrübelerini dikkate aldığını beyan etmiştir. Literatür incelendiğinde de benzer biçimde en sık ilaç seçim kriteri olarak genelde "etkililik" ve "güvenlilik" parametrelerinin ön plana çıktığı anlaşılmaktadır. Ankara'da 2009 yılında birinci basamakta yapmış olduğu çalışmada, hekimlerin reçete yazarken dikkate aldıkları temel kriterlerin ilacın etkililiği %99,2 ve ilacın güvenliliği %96,8 olduğu bildirilmiştir (Demirkıran ve Şahin, 2010). 2005 yılında Erzurum'da

pratisyen hekimlere yönelik yapılmış bir araştırmada, hekimlerin ilaç seçimini etkileyen en önemli kriterin ilacın etkililiği %66,4 ve ilacın güvenliliği %51,3 olduğu bildirilmiştir (Vançelik ve ark., 2006). 2018 yılında çalışma bölgesine yakın olan Bitlis ilinde yapılan benzer çalışmada aile hekimlerinin beyanlarına göre en öncelikli kriter %41,9 ile etkinlik kriteri ilk sırada yer alırken, %32,4 ile etkinlik ve uygunluk kriterleri ikinci sırada ve %25,7 ile uygunluk kriteri yine üçüncü sırada yer almıştır (Salgın, 2018). Yunanistan’da yapılmış bir çalışmada, hekimlerin ilaç seçimini etkileyen en önemli kriterin ilacın klinik etkililiği olduğu %94,9 belirtilmiştir (Theodorou ve diğerleri, 2009). Etik kurallar ve genel tıp eğitimi çerçevesinde bakıldığında hekimlerin, ilacın güvenlilik kriterini daha çok önemseyeceği söylenebilir. Nitekim yurtiçi ve yurt dışında gerçekleştirilen pek çok araştırmada etkililik ve güvenlik kriterlerinin daha çok benimsendiği, yapılan bu çalışmada da etkililik ve güvenlilik kriterlerinin akılcı ilaç kullanımı eğitimi almış hekimler tarafından almayanlara göre, uygunluk ve maliyet kriterlerine göre daha çok önemsendiği düşünülmüştür. Bu bulgularla AİK eğitiminin etkililik ve güvenlilik kriterlerinin önemini pekiştirmiş olabileceği söylenebilir.

Aile hekimlerinden ilaç reçete ederken yararlandıkları bilgi kaynaklarını öncelik sırasına göre sıralamaları istenmiştir. Buna göre 96 hekimin %81,3’ü (n=78) beyanlarına göre en önemli kaynak tanı ve tedavi rehberleri ilk sırada yer alırken, %49,9’u (n=47) Vademecuma ile ikinci sırada ve %43,8’i (n=42) ile Meslektaş tecrübelerine üçüncü sırada yer almıştır (Tablo 31). Akkurt (2016)’un Ankara’da asistanlarda gerçekleştirdiği çalışmada da başta internet ve vademecuma başvurulduğu; Sağlık Bakanlığının (2010) da AH ve UH’de yaptığı araştırmada hem AH’nin hem de UH’in ilaç yazarken en sık “ilaç firmalarının araştırma ve tanıtım çalışmalarından yararlandıkları; Doğukan’ın (2008) araştırmasında ise hekimlerin ilaç reçete ederken en sık başvurdukları bilgi kaynaklarının vademecum ile tanı ve tedavi rehberleri olduğu belirlenmiştir. Bitlis ilinde yapılan çalışmada ise aile hekimlerinin beyanlarına göre en öncelikli kaynak %60,8 ile tanı ve tedavi rehberleri ilk sırada yer alırken, %31,1 ile ilaç prospektüsleri ikinci sırada ve %28,4 ile vademecum üçüncü sırada yer almıştır. Hekimlerin ilaç reçete ederken başvurdukları bilgi kaynakları günün şartlarına ve teknolojideki gelişime bağlı sürekli değişkenlik gösterdiği söylenebilir. Bundan dolayı mevcut bilgi kaynaklarının sürekli güncellenmesi ve internet ortamında erişilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Hekimlerin reçetelerinin şekillenmesini etkileyen faktörler sorgulandığında, çalışmaya katılan 96 hekimin %66,7’si (n=64) okulda farmakoloji dersleri almış olmaları, %74’ü (n=71) klinik stajlarda hocalarının hastalara yazdığı reçeteleri dikkatle izlemiş olmanın

etkisi, %58,3'ü (n=56) mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim almış olmanın etkisi olduğunu, %47,9'u (n=46) sahada arkadaşlarıyla tartışarak bir sonuca varmış olmanın etkisi olduğunu, %30,2'si (n=29) ilaç firması temsilcilerinin tanıtımlarından pratik uygulamaları öğrenmiş olmanın, %65,6'sı (n=63) ise bilgi kaynaklarını kendi kendime okumuş olmanın etkisi olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir (Tablo 33). SB'nin 2011 yılında yaptığı çalışmada AH'lerin %94,6'sı, UH'lerin %94,9'u "bilgi kaynaklarını kendi kendilerine okumuş olmalarının, AH'lerin %88,5'i, UH'lerin %85,4'ü yanıtında ise "okulda farmakoloji dersleri almış olmaları"nın etkili insurlar olduğu ifade etmişlerdir.

Araştırmaya toplam 96 hekim katılmıştır. Birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği araştırmaya katılan 96 hekimden %76'sı (n:73) hastanın sağlık sigortası yoksa, %60,4'ü (n:58) tedavide kullanabileceği benzer ilaçlar birden çoksa, %61,5'i (n:59) ise ilaçların biyoyararlanımı aynıysa ilacın fiyatını dikkate aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 34). Buna göre çalışmaya katılan hekimlerin ilaç yazarken fiyatını dikkate almalarını etkileyen birden fazla faktör olduğu söylenebilir. Sağlık bakanlığı tarafından 2010 yılında ve 12 ayrı ilde gerçekleştirilen çalışmada ise aile hekimlerinin; %97,6'sı (n:563) hastanın sağlık sigortası yoksa, %87,2'si (n:503) tedavide kullanabileceği benzer ilaçlar birden çoksa, %86,7'si (n:500) ise ilaçların biyoyararlanımı aynıysa ilacın fiyatını dikkate aldıklarını beyan etmişlerdir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımlanması hatırlanacak olursa, AİK; hastaların ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünüdür. Aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımının ne olduğu konusundaki düşünceleri sorgulandığı ve birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği araştırmaya katılan 96 hekimden %88,5'i (n:85) hastaya uygun ilaç yazılması olduğunu, %82,3'ü (n:79) hastaya etkili ilaç yazılması olduğunu, %76'sı (n:73) hastaya güvenli ilaç yazılması olduğunu, %70,8'i (n:68) uygun dozda ilaç yazılması olduğunu, %69,8'i (n:67) uygun süre ilaç kullanımı olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir (Tablo 35). Sağlık bakanlığı tarafından 2010 yılında ve 12 ayrı ilde gerçekleştirilen çalışmada ise aile hekimlerinin %92,8'i, akılcı ilaç kullanımını "hastaya etkili ilaç yazılması", %84,4'ü, "hastaya uygun dozda ilaç yazılması", %88,4'ü, "hastaya güvenli ilaç yazılması", %88,1'i, "hastaya uygun ilaç yazılması" olarak beyan etmişlerdir. Akılcı ilaç kullanımı nedir denilince belirtilen tanımlamaların akla gelmesi oldukça önemlidir ve akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılma çalışmalarında bu tespit oldukça önemsenmeli ve değerlendirilmeye alınmalıdır. Bu çalışmada genel olarak hekimlerin AİK konusundaki ilk tanımlamaları

birtakım eksiklikler içerse de yanlış değildir. Bu olumlu durumun daha da iyileştirilmesi için desteklenmesi gerekir. Ankara’da 2007 yılında birinci basamakta yapılmış bir çalışmada, hekimlerin %76,7’sinin AİK’i etkili ilaç yazılması, %74,8’inin ise uygun dozda ilaç yazılması olarak tanımladığı bildirilmiştir (Doğukan, 2008). Ülkemizde uzun yıllardan beri ilgili kamuoyunun gündeminden düşmeyen bu konuda yıllar içerisinde hekimlerin algılarının da bir miktar daha pozitif yönde değiştiğinden söylenebilir (Akıcı ve ark., 2010).

AİK’in yaygınlaştırılması konu ile ilgili bütün paydaşlar tarafından tartışmasız kabul görmektedir. AİK’in yaygınlaştırılmasının en önemli paydaşı konumunda bulunan hekimlerin konu ile ilgili düşüncelerinin bilinmesi, bu süreçte yapılması planlanan çalışmaların hayata geçirilmesini hızlandıracaktır. Bu çalışma kapsamında hekimlerle yapılan anket sonrasında hekimlerin görüşlerine başvurulmuş ve akılcı ilaç kullanımı ile ilgili genel bir değerlendirme yapmaları istenmiş olup araştırmanın sonucunda elde edilen bulgulardan yola çıkarak hekimlerin AİK’in yaygınlaştırılmasına faydaları:

- Yapılan literatür çalışması sonucunda aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımı konusundaki bilgi seviyeleri istenilen düzeyin altında olduğu görülmektedir. Ancak son yıllarda Sağlık Bakanlığı tarafından AİK konusuna verilen önemin artması, hekimlere özellikle akılcı ilaç kullanımı ile ilgili eğitimlerin sıklaştırılması ve tıp eğitimi esnasında verilen farmakoloji eğitimlerinin son yıllarda bütün fakültelere yaygınlaştırılması gibi çalışmalarla birlikte hekimlerin daha bilinçli ve yeterli bilgi donanımına ulaşma noktasında önemli bir yol alındığı söylenebilir.
- Hekimler arasındaki farklılıkları ortadan kaldırmak için özellikle Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen AİK ilkelerine aykırı davranmamaya özen gösterilmelidir. Konu ile ilgili yapılacak çalışmaların başında optimal düzeyde verim alınacak eğitimlerin verilmesi, izleme yöntemleri, ilgili paydaşların yapılacak çalışmaların desteklenmesi ve düzenli takip edilmesi gibi tedbirler alınmalıdır.
- Akılcı olmayan ilaç kullanımına sebep olan hekim kaynaklı nedenler tespit edilmeli ve çözüm odaklı hareket edilmelidir.
- Hekimlerin aldığı AİK ile ilgili eğitimlerin başarısı ölçülebilir olmalıdır. Hekimlerin eğitimden önceki ve sonraki performansları karşılaştırılmalıdır. Sonuç olarak performanslarında pozitif yönde eğilim yoksa eksikler tespit edilip eğitimlerin tekrarı yapılmalıdır.
- Çalışmaya katılan aile hekimlerinin en çok SB olmak üzere meslek odası ve diğer ilgili

kurum ve kuruluşlardan eğitim alma taleplerinin olduğu görülmüştür. Bu taleplerin en kısa sürede gerçekleştirilmesi ve yapılacak eğitimlerin içeriği hakkında hekimlere danışılmalı, görüşleri alınmalı ve kararlara katılımları sağlanmalıdır.

- Yapılan yanlışlıkların en aza indirilmesi adına mezuniyet öncesi dönem için tıp fakültelerinde akılcı ilaç kullanımı ve ilaç reçete etme eğitimlerinin artırılması ve çalışmaya yeni başlayan hekimlere yüz yüze veya elektronik ortamda AİK eğitimleri düzenli aralıklarla verilmelidir.
- Akılcı ilaç kullanımı ve reçete edilecek ilaçların başarılı olması için, aile hekimi ve aile hekimliğine başvuran bütün hasta ve hasta yakınları ile iletişiminin ideal koşulları yaratılmaya çalışılmalıdır. Hastaya ayrılan sürenin yetersizliği, hatanın talebi üzerine yazılan ilaçlar, muayene etmeden ilaç yazma gibi olumsuz durumların ortadan kaldırılması için ivedilikle harekete geçilmelidir. Hekim sayısının artırılmasına bağlı hastaya ayrılacak sürenin uzatılması ile aile hekimliği birimlerinde farkındalık ve hastayı bilinçlendirme adına hekim dışında diyetisyen psikolog gibi diğer sağlık personelinin de görevlendirilmesi çözüm olarak sunulabilir.
- Ülkemizde özellikle çalışmanın yapıldığı bölgede ilaç tüketim miktarının gereğinden fazla olmasından dolayı düşük maliyet gerektiren ilaç dışı tedaviyi benimsetecek çalışmaların artırılması gerektiği düşünülmektedir. Bu alanda yapılacak çalışmalar ülkemizdeki gereksiz ilaç harcama sorununa katkı sağlayacağı açıktır.
- Çalışmanın yapıldığı Batman ilinde çalışan aile hekimlerinin genellikle genç yaşta ve pratisyen hekim unvanında çalışmasından kaynaklı olumsuz durumları ortadan kaldırmak amacıyla fikir ve tecrübelerinden yararlanacak hekim sayısının artırılması ve hekimlerin aile hekimliği alanında uzmanlık eğitimi almaları teşvik edilmelidir.
- Toplumun birinci basamak aile hekimliği birimlerince verilen sağlık hizmetine karşı olumlu yönde bilinçlendirme çalışmaları yapılmalı özellikle rutin aşı ve benzeri tetkiklerin yapılması, ihtiyaç olmadığı müddetçe ilk başvuru sağlık biriminin ASM'ler olduğu düşüncesinin aşılması ve çok ilaç yazan doktor iyi doktor gibi yanlış algının yok edilmesi gerekmektedir.
- Aile sağlık merkezlerinin altyapı ve tesis olanakları geliştirilmelidir. Böylece daha iyi tedavi hizmetleri verilebilecek ve hekimlerin ilaç ile tedavi düzenleme bağımlılığı azaltılmış olacaktır.

## 8. KAYNAKÇA

Abacıoğlu N. “Akılcı (Rasyonel) İlaç Kullanımı”, Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi, 2005, Cilt 5, Sayı 4

Acar A, ve Yeğenoğlu S. “Akılcı ilaç kullanımı açısından farmakoekonomi ve hastane formülleri”. Ankara Eczacılık Fakóltesi Dergisi, 2005; 34(3), 207-218.

Akdağ R. Aile Hekimliği Türkiye Modeli. A. Sabahattin (ed), 2004, Ankara: Mavi Ofset Yayıncılık, 36.

Akıcı A ve diğerleri. “Serbest Eczanelerde İlaç Sunumu Sürecinde Karşılaşılan Sorunlar: Akılcı İlaç Kullanımı Yönünden Değerlendirme”, Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakóltesi Dergisi, Ankara 2009; 29(1)

Akıcı A, Gelal A, Erenmemişoğlu A, Melli M, Babaođlu M, Oktay Ş. Akılcı ilaç kullanımı eğitimi uygulama sürecinde Türkiye’deki tıp fakólterinde farmakoloji anabilim dallarının durumunun incelenmesi. Tıp Eğitimi Dnyası 2010;1(30).

Akıcı A, Uğurlu Ü, Gönüllü N, Oktay Ş, Kalaça S. Pratisyen Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Sted 2002; 11(7):253-257

Akıcı, A., Kaptanoğlu, A. Y. **Sosyal Güvenlik Kurumu Çalışanlarının Akılcı İlaç Kullanımındaki Etkin Rolü ve Farmakoekonomi**. A. Akıcı (ed). (Birinci Baskı). Ankara: Kayhan Matbaacılık Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı SGK Yayın 2013; No: 114, 30-31.

Akıcı A, Uzuner A. Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Çalışan Hekimlere Yönelik Akılcı İlaç Kullanımı. A. Akıcı (ed). (Birinci Baskı). Ankara: Kayhan Matbaacılık Sanayi ve Ticaret Ltd. Şti. T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı SGK Yayın 2013; No:112, 35-67.

Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu MU, Oktay S. Prescribing habits of general practitioners in the treatment of childhood respiratorytract infections. Eur J Clin Pharmacol. 2004;60(3):211-6.

Akkurt B. Araştırma Görevlilerinin (Branş) Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi Tutum ve Davranışları, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2016, Ankara, (Danışman: Doç. Dr. Y. Üstü ).

Aksoy M, Alkan A, ve İşli F. “Sağlık Bakanlığı’nın akılcı ilaç kullanımını yaygınlaştırma faaliyetleri”. Türkiye Klinikleri Journal of Pharmacology Special Topics, 2015;3(1), 19-26.

Aktay G, Hancı HY, Balseven A. İlaç etkileşimleri ve hekim sorumluluğu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2003;12: 261- 4

Alpdoğan C. Akılcı İlaç Kullanımı ve Paydaşların Rolü, Sakarya Üniversitesi İşletme Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Sakarya (Danışman: Doç. Dr. S. Altındış).

Aydın B, Gelal A. “Akılcı ilaç kullanımı: yaygınlaştırılması ve tıp eğitiminin rolü”. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2012; 26(1), 57-63.

Büyüköztürk Ş, Kılıç Çakmak E, Akgün ÖE, Karadeniz Ş, Demirel F. Bilimsel Araştırma Yöntemleri. 2013; Ankara, Pegem Akademi.

Conrad P, Kern R. The sociology of health and illness critical perspectives. 4. ed, Newyork: St. Martin’s Pres, 1994: 245

Çalıköglü O. Erzurum İl Merkezinde Çalışan Pratisyen Hekimler İle 20 Yaş ve Üzeri Kişilerin Akılcı İlaç Kullanım Boyutları ve Etkileyen Faktörler, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2006, Erzurum (Danışman: Yrd. Doç.Dr. S Vançelik)

Demirkıran M, Şahin B. “Pratisyen hekimlerin ilaç seçimlerini etkileyen faktörlere ilişkin değerlendirmeleri”. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2010; 13(1), 1-28

Doğukan M, Ankara İli Keçiören Sağlık Grup Başkanlığına Bağlı Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında Çalışan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2008, Ankara (Danışman: Doç. Dr. S Özkan).

Doğukan ve ark. IX. Halk Sağlığı Kongre Kitabı, 2004

Ekenler Ş, Koçoğlu D. “Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları”. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2016; 3(3), 44-55.

Ertemür E. Cerrahi Kliniklerinde Yatan Yaşlı Hastaların İlaç Kullanımına Yönelik Bilgi ve Uygulamalarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2009, Ankara (Danışman: Prof. Dr. F Erdil).

Eşkazan E. Akılcı İlaç Kullanımı. STE düzenli elektronik dergi 1999-Ocak, 18 Ağustos 2008;

Gordon T, Edwards WS. Doktor-Hasta İşbirliği. Hastanın Bakımıyla İlgilenen Herkes İçin Gerekli İletişim Becerileri. Sistem Yayıncılık. İstanbul, 1997

Grumbachg K. Managing Primary Care in United States and in the United Kingdom. The New England Journal of Medicine, 1993: 23

Gülhan R. “Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı”. Okmeydanı Tıp Dergisi, (2013);29(2), 100-101.

Hocaoglu N, Güven H, Gidener S, Tunok Y, Kalkan Ş, Gümüştekin M, ve Gelal A. “Dokuz eylül üniversitesi tıp fakültesi dördüncü sınıf öğrencilerinin akılcı ilaç kullanım becerileri üzerine akılcı ilaç kullanım kursunun kısa dönem etkileri”. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2011;25(1), 15-24.

Işık A, Doruk H, Mas M. “Yaşlılarda ilaç kullanım ilkeleri”. Klinik Gelişim Dergisi, 2004;17(2), 25-31.

İnce K. Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi, Karar, Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi; Konya Örneği, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Konya, (Danışman: Doc. Dr. Y. E. Öztürk).

Kafle K.K and Members of INRUD Nepal Core Group. INRUD Drug Use Indicators in Nepal: Practice Patterns in Health Posts in Four Districts. INRUD News. 1992; 3

Kayaalp OS. Farmakolojiye Giriş, Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji (Ed S. O. Kayaalp). 11. Baskı. Ankara: Hacettepe-Taş Kitapçılık Ltd. Şti.; 2005

Kayaalp SO. Akılcı Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, Editör: SO Kayaalp, 13. Baskı, Pelikan Yayıncılık, 2012

Keklik K. Akılcı ilaç kullanımı. Elazığ il sağlık müdürlüğü bildirisi, 2005; s.316.

Khor M. TWN Info Service on Health Issues No. 9, Irrational drug use causing rise of antimicrobial resistance. 2005;Third World Network.

Krähenbühl-Melcher A, Schlienger R, Lampert, M, Haschke M, Drewe J, Krähenbühl S. "Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature". Drug Safety, 2007;30(5), 379-407.

Laing R, Hogerzeil HV, Ross-Degnan D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. Health Policy and Planning 2001;16(1):13-20.

Laing R. O. "Rational drug use: an unsolved problem". Tropical Doctor, 1990;(20), 101-103.

Le Grand A, Hogerzeil HV. Haaïjer-Ruscamp FM: Intervention research in rational use of drugs a review. Health Policy and Planning 1999; 14(2)-. S9-102.

Medicines Use and Spending Shifts, 2015. A Review of the Use of Medicines in the U.S. in 2014, April 2015.

Melli, M. "Akılcı ilaç kullanımı". Anestezi Dergisi, 2010;18(3), 131-134.

Mollahaliloğlu S, Özgülcü Ş, Alkan A, Öncül H. G. Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımına Bakışı. R. Akdağ (ed). (Araştırma Serisi 10). (2011a). Ankara: Yorum Basın Yayın Sanayii Ltd.Şt. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 857.

Mollahaliloğlu S. Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarında Yazılan Reçetelerin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bilim Uzmanlığı Tezi, 2000, Ankara (Danışman: Prof. Dr. S Tezcan).

Mollahaliloğlu S, Tezcan S. Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarından Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. Diyarbakır 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2002;499.

Mollahaliloğlu S, Aşkın E. “Akılcı ilaç kullanımı nedir?”. Türk Eczacılar Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi, 2004;7, 16-24.

Oktay S. Akılcı ilaç kullanımının genel ilkeleri. Türk geriatric dergisi 2006; 9: 15-18

Öncü S. Antibiyotiklerin İstenmeyen Etkilerinin İzleme-Yönetimi, ANKEM Dergisi, 2013;27(Ek 2). s.8-82.

Özata M, Aslan Ş, Mete M. “Rasyonel ilaç kullanımının hasta güvenliğine etkileri: Hekimlerin rasyonel ilaç kullanımına etki eden faktörlerin belirlenmesi”2006.

Özçelikay G. “Akılcı ilaç kullanımı üzerinde bir pilot çalışma”. Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi, 2011;30(2), 10.

Peköz Ö. Araştırma Görevlilerinin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranışları, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2018, İzmir, (Danışman: Prof. Dr. K. Öngel).

Pilgiri Ö. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi’ndeki Araştırma Görevlileri ve Dönem 6 Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi Düzeyleri, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2017, Samsun (Danışman: Prof. Dr. S. Canbaz).

Reichert S, Simon T, Halm EA. Physicians’ attitudes about prescribing and knowledge of the costs of common medications. Arch Intern Med 2000;160(18):2799

S.B. Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; Akılcı ilaç kullanımı çalışmayı sonuç raporu, Ankara, 22-23 Aralık 2006: p: 9-20

Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Raporları. 2004-2005; Ankara

Sağlık Bakanlığı, 2015 Yılı Bütçe Sunumu, TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu, 20 Kasım 2014, 85- 87.

Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, 1993. Akılcı İlaç Kullanımının Alfabeti, Ankara.

Salgın E. Akılcı İlaç Kullanımında Aile Hekiminin Rolü, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018, Ankara (Danışman: Prof. Dr. E. Orhaner).

Saygılı M, Özer Ö. “ Hekimlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi”. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2015);18(1), 35

Soyalan M, Demirdamar R, Toklu HZ, Gümüsel B. Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti’nde ulusal farmakovijilans sistemi ve mevcut uygulamalar, *Marmara PharmaceuticalJournal*, 2012; s.159-163.

Sürmelioglu N, Kiroglu O, Erdoğdu T, Karataş Y. “Akılcı olmayan ilaç kullanımını önlemeye yönelik tedbirler”. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2015 ; 24(4), 452-462.

Şahin H, Saçakoğlu F “Bornova eğitim sağlık grup başkanlığına bağlı sağlık ocaklarında çalışan pratisyen hekimlerin ilaç reçeteleme davranışlarının değerlendirilmesi” . 2005;*Tıp Eğitimi Dünyası*, 19, 20-28.

Şahingöz M. Hemşirelerin Akılcı İlaç Kullanımı ve Uygulaması Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Kayseri (Danışman: Yrd. Doç. Dr. E Balcı).

Theodorou M, Tsiantou V, Pavlakis A, Maniadakis N, Fragoulakis V, Pavi E, Kyriopoulos J. Factors influencing prescribing behaviour of physicians in Greece and Cyprus: results from a questionnaire based survey. *BMC Health Serv Res* 2009;9:150

Toprak S, Hastanelerde Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Kalite Çalışmalarının Değerlendirilmesi. Okan Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2013, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. O Özyaral)

T.C. Sağlık Bakanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü; Akılcı ilaç kullanımı çalıştayı sonuç raporu, Ankara, Aralık 2006 s.9-20.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye sağlık sektörü raporu, Sürdürülebilir ve kaliteli bir sağlık sektörü için genel bakış ve potansiyel iyileştirme alanları, Haziran 2012

Türkiye İlaç Klavuzu, 1999; Editör Kayaalp S.

Vançelik S, Çalıkoğlu O, Güraksın A, Beyhun E. “Pratisyen Hekimlerin Reçete Yazımını Şekillendiren Faktörler ve Akılcı İlaç Kullanım Kriterlerini Önemseme Durumları”. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi* 2006; 26(2):65-75.

Wald ER, Green MD, Schwartz B, Barbadora K. A streptococcal corecardre visited. *Pediatr Emerg Care*, 1998;14(2), 109

WHO (1985) Conference of Experts on The Rational Use of Drugs. World Health Organization, Nairobi, Kenya, WHO/CONRAD/WP/RI, 25-9.

World Health Organization (WHO). "Effective Public Education" in promoting rational drug use. WHO Programme on Essential Drugs and International Network for the Rational Use of Drugs, Eğitim Programı, Nairobi, (1987).

WHO (2010) The World Health Report, Health Systems Financing, The Path to Universal Coverage, Achieving Better Health Outcomes And Efficiency Gains Through Rational Use Of Medicine Technical Brief Series - Brief No 3.

World Health Organization (WHO). Promoting Rational Use of Medicines: Core Components. WHO Policy Perspectives on Medicines. Report WHO/EDM, (2002). No:5 Geneva, 1-3.

World Health Organization (WHO). "The Role of Education in Rational Use of Medicines". Report of a Regional Meeting, Bangkok, Thailand, 12–14 December 2007


World Health Organization (WHO). Country pharmaceutical situations- Fact Book on WHO Level 1 indicators 2007. WHO/EMP/MPC/DRS/2010.1.WHO, 2009.

WHO Policy Perspectives on Medicines no5. WHO/ EDM/2002.3.Geneva, WHO, 2002.

WHO Report of the Conference of Experts. Nairobi: 1985

## 9. EKLER

### EK1. ANKET FORMU

 <b>Marmara Üniversitesi</b>	<b>ANKET FORMU</b>
<p><i>Değerli katılımcımız;</i></p> <p><i>Bu çalışma Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencisi Abdulaziz CANGİR tarafından Prof. Dr. Mehveş TARIM koordinatörlüğünde Akılcı İlaç Kullanımı konusunu araştırmak amacıyla yürütülmektedir. Bu amaçla aşağıda yer alan sorularla ilgili görüş ve önerilerinize ihtiyaç duymaktayız. Hazırladığımız bu anketi doldurmak şüphesiz değerli zamanınızın bir kısmını alacaktır. Ancak sizlerden alınacak verilerin analizi sonucu elde edilecek bilgiler araştırmamıza önemli katkı sağlayacaktır. Anketi cevaplamanız araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelmektedir. Toplanacak veriler kesinlikle akademik çalışmada kullanılacaktır.</i></p> <p><i>Değerli katkılarınız için teşekkür ederiz.</i></p>	
Abdulaziz CANGİR Yüksek Lisans Öğrencisi*	Prof. Dr. Mehveş TARIM Öğretim Üyesi (Tez Danışmanı)

1-Cinsiyetiniz nedir?

a)Kadın b)Erkek

2-Yaşınız? .....

3- Meslek unvanınız nedir?

a)Pratisyen Hekim b) Uzman Hekim (.....)

4-Birinci basamak sağlık kurumlarında kaç yıldır çalışıyorsunuz?.....

5- Günde ortalama olarak kaç hasta muayene ediyorsunuz?.....

6- Bu hastaların yaklaşık yüzde kaçına reçete yazıyorsunuz?%.....

7- Reçetelerinizde ortalama kaç kalem ilaç yer almaktadır?

a)1 b) 2 c) 3 d) 4 e) 4'den fazla



**16-İlaç reçete ederken hastanızın aşağıdaki anamnez bilgilerinden ne sıklıkta yararlanıyorsunuz?**

	<b>Her Zaman</b>	<b>Sıklıkla</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Hiçbir Zaman</b>
<b>Yaş</b>				
<b>Cinsiyet</b>				
<b>İlaç Alerjisi</b>				
<b>Karaciğer Hastalığı</b>				
<b>Böbrek Hastalığı</b>				
<b>Kronik Diğer Hastalıklar</b>				
<b>Gebelik ve Emzirme</b>				
<b>Sosyal Güvence</b>				
<b>Ahım Gücü</b>				
<b>Kullandığı Diğer İlaçlar</b>				

**17- Daha önce hiç akılcı ilaç kullanımı eğitimi aldınız mı?**

- a)Evet                      b)Hayır

**18- Akılcı ilaç kullanımı eğitimini hangi kurumdan aldınız?**

- a)Tıp Fakültesi b)Sağlık Bakanlığı c)Meslek Odası d)İlaç Firması e)Diğer

**19- Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim aldığınız yıl?**

- a)2005 Yılı ve Öncesinde b)2005-2009 Yılları Arasında c)2010-2014 Yılları Arasında

**20- İlaçlarla ilgili olarak ne tür bir eğitim programına katıldınız?**

- a)Sağlık Bakanlığı Tarafından Verilen Hizmet İçi Eğitim
- b)Yüksek Lisans / Doktora Eğitimi
- c)Üniversite / Meslek Odasının Düzenlediği Seminer / Toplantı / Kongre
- d)İlaç Firmalarının Düzenlediği Seminer Toplantı
- e)Diğer

**21- Sık karşılaştığınız hastalıklar için oluşturduğunuz kişisel ilaç listeniz var mı?**

- A)Evet
- b)Hayır

**22- Hastalara isimleriyle mi hitap ediyorsunuz?**

- a)Evet Kesinlikle
- b)Evet Bazen
- c)Hayır

**23-- İlaç seçerken dikkate aldığınız kriterler nelerdir? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)**

- a) Etkililik
- b) Güvenlilik
- c) Uygunluk
- d) Maliyet
- e) Kişisel Tecrübe
- f)İlaç Firmalarının Tanıtımları
- g)Meslektaşların Tavsiyesi

**24-Hastanıza ilaç yazarken genellikle başvurduğunuz kaynaklar nelerdir?**

- a) Tanı ve Tedavi Rehberleri
- b) Vademecum
- c) Türkiye İlaç Kılavuzu
- d) İlaç Firmalarının Araştırma ve Tanıtım Çalışmaları
- e) Meslektaş tecrübeleri

**25-Sizin tecrübelerinize göre hastalar aşağıdaki ilaç gruplarının reçetelerine yazılması için ne sıklıkta özel olarak talepte bulunuyorlar?**

- a)Antibiyotikler
- b)Antihipertansifler
- c)Antihiperlipidemikler
- d)Kardiyolojik ilaçlar
- e)Sindirim sistemi İlaçları
- f)Analjezik/ Antiromatizmal ilaçlar
- g)Vitamin/ Mineral Preparatları

**26- Reçeteye yazdığımız ilaçları nasıl kullanacağını hastanıza anlatır mısınız?**

- a)Evet, her zaman anlatırım      b)Evet, bazen anlatırım  
c)Hasta sorduğu zaman anlatırım      d)Hayır anlatmam

**27-Hastanıza ilacı nasıl kullanacağını anlattıktan sonra tekrarlatır mısınız?**

- a)Evet, her zaman      b)Evet, bazen      c)Hayır

**28-Sizce reçeteye yazdığımız ilacı hastanın nasıl kullanacağını anlatmak kimin görevidir?**

- a)İlacı Veren Eczacının İlacı Yazan Hekimin  
b)Hem Hekim, hem de Eczacının  
c)Hasta Prospektüsü Okuyarak Öğrenmeli

**29-Hekimlerin reçetelerinin şekillenmesinde etkisi olan faktörler nelerdir?**

- a) Okulda farmakoloji dersi almış olmak  
b) Klinik stajlarda hocalarımın hastalara yazdığı reçeteleri dikkatle izlemiş olmak  
c) Mezuniyet sonrası hizmet içi eğitim almış olmak  
d) Sahada arkadaşlarımla tartışarak bir sonuca varmış olmak  
e) İlaç firması temsilcilerinin tanıtımlarından pratik uygulamaları öğrenmiş olmak  
f) Bilgi kaynaklarını kendi kendime okumuş olmak

**30- Reçete yazarken ilacın fiyatını dikkate alır mısınız?**

- a) Evet, her zaman dikkate alırım      b)Bazen dikkate alırım      c)Hayır, hiç dikkate almam

**31-Aşağıda belirtilmiş durumlarda ilacın fiyatını dikkate alır mısınız?**

- a. Hastanın sağlık sigortası yoksa  
b. Tedavide kullanabileceğim benzer ilaçlar birden çoksa  
c. İlaçların biyoyararlanımı aynıysa

**32-Hastanıza ilaç dışı tedavi önerir misiniz?**

- a)Evet, her zaman    b)Evet, bazen    c)Evet, sadece bazı hastalıklar için    d)Hayır, önermem

**33-Reçetelerinizin okunmaması ile ilgili eczacı, hasta ya da hasta yakınlarından geri bildirim alıyor musunuz?**

- a)Her zaman    b)Sıklıkla    c)Bazen    d)Çok nadir    e)Hiçbir zaman

**34-Sizce akılcı ilaç kullanımı nedir?**

- a) Hastaya Etkili İlaç Yazılması  
b) Hastaya Güvenli İlaç Yazılması  
c) Hastaya Uygun İlaç Yazılması  
d) Hastaya Kendi İstedığı İlacın Yazılması  
e) Hastaya Uygun Maliyetli İlaç Yazılması  
f) Uygun Dozda İlaç Yazılması  
g) Uygun Süre İlaç Kullanımı  
h) Reçeteye Az Kalem İlaç Yazılması

**35-Akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim almak ister misiniz?**

- a)Evet    b)Hayır

**36-Akılcı ilaç kullanımı eğitiminin hangi kuruluşlarca verilmesini istersiniz?**

- a)Sağlık Bakanlığı    b)Meslek Odası    c)İlaç Firması    d)Yazılı ya da Görsel Basın


**37-Akılıcı ilaç kullanımını geliştirmeye yönelik aşağıdaki yöntemlerin kullanılması sizce uygun mudur?**

- a) Ulusal Tanı Tedavi Rehberlerin Geliştirilmesi
- b) Tıp Fakültelerinde Akılıcı İlaç Kullanım Eğitimi Verilmesi
- c) Mezuniyet Sonrasında Hekimlere Sürekli, Akılıcı İlaç Kullanım Eğitimi Verilmesi
- d) Reçetelerin Denetlenerek, Hekimlere Akılıcı İlaç Kullanımına Uygunluğu Konusunda Geri Bildirim Verilmesi
- e) Halka Yönelik Akılıcı İlaç Kullanım Eğitimleri Düzenlenmesi
- f) Hekimlere Yönelik Akılıcı İlaç Kullanımı İle İlgili Süreli Yayınların Olması
- g) Hekimlere Akılıcı İlaç Kullanım Danışmanlığı Verilmesi

**38-Konu ile ilgili eklemek istediğiniz görüşleriniz?**

.....  
.....

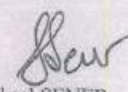
## EK 2. ETİK KURUL ONAY FORMU

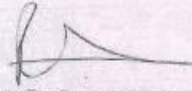
  
T.C.  
**MARMARA ÜNİVERSİTESİ**  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Etik Kurulu

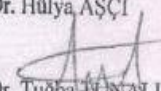
**PROJENİN ADI :** Akılcı İlaç Kullanımı: Batman İli Merkez İlçesinde Çalışan Aile Hekimlerinin Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi  
**PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ:** Prof.Dr.Mehveş TARIM  
**PROJEDEKİ ARAŞTIRICILAR :** Abdülaziz CANGİR  
**ONAY TARİHİ VE ONAY SAYISI:** 25.04.2016 - 15

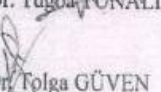
**Sayın Doç.Dr. Mehveş TARIM**

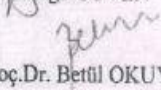
15 protokol nolu "Akılcı İlaç Kullanımı: Batman İli Merkez İlçesinde Çalışan Aile Hekimlerinin Akılcı İlaç Kullanımı Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi" isimli projeniz Enstitümüz Etik Kurulu tarafından incelenmiş ve etik yönden uygunluğuna karar verilmiştir.

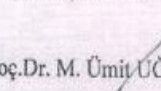
  
Prof. Dr. Göksel ŞENER  
Komisyon Başkanı


  
Yrd.Doç.Dr. Pınar MEGA TİBER


  
Prof.Dr. Hülya AŞÇI


  
Prof. Dr. Tuğba TUNALI AKBAY


  
Doç.Dr. Tolga GÜVEN


  
Yrd.Doç.Dr. Betül OKUYAN


  
Yrd.Doç.Dr. M. Ümit UĞURLU


  
Prof. Dr. Dilşad SAVE


  
Prof. Dr. Ufuk YURDALAN


  
Doç. Dr. Nefise BAHÇECİK


  
Doç. Dr. Oya ORUN


  
Doç.Dr. Hakkı ARIKAN

  
Avk. Funda İŞİK ÖZCAN

  
EFQM  
Pillars of Quality Institute

  
EUA

  
IPV

  
Marmara University

Marmara Üniversitesi Gönölepe  
Kampüsü Sağlık Bilimleri  
Enstitüsü 34668 Kadıköy /  
İSTANBUL

0 (216) 41 44 23/12 (Faks)  
0 (216) 494 44 23

sağlik.ogrenciler@marmara.edu.tr  
http://sağlik.marmara.edu.tr

Ayrıntılı bilgi için:  
AYŞE KARA

## 10. ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Abdulaziz	<b>Soyadı</b>	CANGİR
<b>Doğum Yeri</b>	Kurtalan	<b>Doğum Tarihi</b>	07.12.1987
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>Tel</b>	0544 283 39 36
<b>E-mail</b>	cangiraziz44@hotmail.com		

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Doktora/Uzmanlık</b>		
<b>Yüksek Lisans</b>	Marmara Üniversitesi	-----
<b>Lisans</b>	Marmara Üniversitesi	2013
<b>Lise</b>	Batman Lisesi	2007

### İş Deneyimi

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
Stajyer	Medical Park /Kalite Yönetimi	4 Ay
Stajyer	Göztepe Medical Park Hastanesi	8 Ay
Ek Ders Öğretmenliği	Milli Eğitim Bakanlığı	4 Ay
VHKİ	Sağlık Bakanlığı/V.H.K.İ.	Devam ediyor

### Sınav Bilgileri

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı</b>	<b>81,57281</b>	<b>84,44282</b>	<b>74,54878</b>
<b>KPSS Puanı</b>	<b>83,97</b>		

### Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma Becerisi</b>
<b>Office</b>	<b>İyi</b>
<b>SPSS</b>	<b>İyi</b>