T.C.
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI

ERZURUM İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN PRATİSYEN HEKİMLER İLE 20 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERİN AKILCI İLAÇ KULLANIM BOYUTLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Dr. Okşan ÇALIKOĞLU

Tez Yöneticisi
Yrd. Doç. Dr. Serhat VANÇELİK

Uzmanlık Tezi
ERZURUM - 2006

İÇİNDEKİLER

ONAY.....II
TEŞEKKÜR..... III
ÖZET..... IV
SUMMARY.....V
TABLOLAR DİZİNİ…….VII
I. GİRİŞ VE AMAÇ.....1
II. GENEL BİLGİLER.....5
A. Tarihsel Gelişim……..... 5
B. Akılcı İlaç Kullanımı……...6
C. Akılcı İlaç Kullanımında Hekim Sorumluluğu……..13
D. Akılcı İlaç Kullanımında Eczacı Sorumluluğu……..14
E. Akılcı İlaç Kullanımında Toplum Sorumluluğu……15
F. İlaç ve Promosyon…….20
G. İlaç Sektörü…….21
H. İlaç Tüketimi…….23
III. GEREÇ VE YÖNTEM.....26
A. Araştırmanın tipi ve Yeri…….....26
B. Araştırmanın Evreni ve Örneklem…….....26
C. Veri Toplama Yöntemi……27
D. Çalışmada Kullanılan Değişkenler……..27
E. Verilerin Analizi……..28
F. Araştırmanın Sınırlılıkları……...28
G. Çalışmada Kullanılan Bazı Terimlerin Açıklaması…….29
IV. BULGULAR.....30
A. Hekimlere ait Bulgular…….....30
B. 20 yaş ve üzeri kişilere ait Bulgular……..….....46
V. TARTIŞMA.....61
A. Hekimlere ait Tartışma…… 61
B. 20 yaş ve üzeri kişilere ait tartışma……..73
VI. SONUÇLAR ve ÖNERİLER.....85
VII. KAYNAKLAR……...92
VIII. EKLER……...96
Ek 1. Doktor Anket Formu
Ek 2. Katılımcı Anket Formu

ONAY

"Erzurum il merkezinde çalışan pratisyen hekimler ile 20 yaş ve üzeri kişilerin akılcı ilaç kullanım boyutları ve etkileyen faktörler" isimli çalışmamız Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın 27.05.2004 tarih ve 72 sayılı yazısı, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 21.6.2004 tarih ve104 sayılı kararı ile Dahili Tıp Bilimleri Bölüm Kuruluna yaptığımız 22.06.2004 tarih ve 89 sayılı başvuru sonrasında Yrd. Doç. Dr. Serhat VANÇELİK denetiminde Araş. Gör. Dr. Okşan ÇALIKOĞLU tarafından tez olarak çalışılması uygun görülmüş ve 20.07.2004 tarih ve 1020 sayılı yazı ile Anabilim Dalımıza bildirilmiştir.

TEŞEKKÜR

Başta, benim için, her zaman idol olan, değerli hocam; bölüm başkanımız Prof. Dr. Asuman Güraksın olmak üzere, tezimin tüm aşamalarında yanımda olan, desteklerini hiç esirgemeyen tez danışmanım; Yrd.Doc.Dr.Serhat Vançelik'e, tecrübeleri ile yoluma ışık tutan; Yrd.Doc Dr.Talat Ezmeci' ye, sıcak bir dostluk ortamı yaratarak hep yanımda olan; asistan arkadaşlarım Dr.Zahide Koşan ve Dr.Abdullah Can'a, tıbbı sekreterimiz Yeliz Çakır'a ve diğer bölüm çalışanlarına, tezimin veri tabanını oluşturan meslektaşlarıma ve katılımcılara, tez çalışmalarım esnasında bana sınırsız anlayış gösteren eşim Dr. Çağatay Çalıkoğlu'na ve oğullarım Toprak ve Kağan'a en içten duygularımla teşekkür ederim.

Saygılarımla

ÖZET

Bu çalışmada Erzurum il merkezinde çalışan pratisyen hekimler ile 20 yaş ve üzeri kişilerde akılcı ilaç kullanımının değerlendirilmesi ve etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Hekimlerin % 53.3'ü erkek ve % 46.7'si kadın olup ortalama hizmet süresinin 6.31 ± 3.5 yıl olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin üçte birinin mezuniyet sonrasında ilaçlarla ilgili herhangi bir eğitim almadığı ve en sık alınan eğitim programı ise ilaç firması etkinliği olmuştur. İlaçların endikasyonu ve kontrendikasyonu konusunda kendilerini yüksek oranda yeterli görürken, biyoyararlanım ve biyoeşdeğerlilik konusunda kendilerini yetersiz olarak görmektedirler.

Reçete yazımını şekillendiren en önemli faktörler olarak mezuniyet sonrasında okuma ve ilaç firması tanıtımları saptanmıştır. Reçete yazımında bir sorunla karşılaşıldığında hekimler en sık ilaç rehberlerine başvurmaktadır. Hekimlerden en sık ağrı kesicileri reçete etmeleri talep edilmiştir. Yaş, sosyal güvence ve satın alma gücü hariç diğer anamnez bilgilerini her zaman alan hekimlerin ortalama muayene süresi diğer gruplardan önemli düzeyde yüksektir. Yine ilaç fiyatı hariç hastalara her zaman ilaç bilgisi veren hekimlerin ortalama muayene süresi diğer gruplardan yüksektir.

20 yaş üzeri kişilerin % 46.8'inin erkek, % 53.2'sinin kadın olduğu ve yaş ortalamasının 39.93 ± 14.0 olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların üçte ikisi evde yedek ilaç bulundurduklarını belirtmiştir. Eczaneden en fazla reçetesiz alınan ilaç grubu ağrı kesicilerdir. Katılımcıların % 42.6'sı reçete edilen ilaçların kullanımı hakkında bilgilendirilmemektedir.

Ortalama aylık gelir ile eczaneden reçetesiz ilaç alma yüzdesi arasında negatif yönde korelasyon saptanırken, ortalama aylık gelir ile eczaneden ilaçların zamanında alma yüzdesi arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Eğitim düzeyi ve ortalama aylık gelir arttıkça akılcı ilaç kullanım davranış bileşenlerinin tümünü uygulama yüzdesinin önemli düzeyde arttığı saptanmıştır. Sonuç olarak Erzurum İl Merkezi'nde çalışan pratisyen hekimlerin ve erişkin nüfusun akılcı ilaç kullanımı kriterlerini uygulama konusunda önemli eksikliklerinin olduğu belirlenmiştir.

SUMMARY

The Dimensions of Rational Drug Use of Practician Doctors Working in ERZURUM City Center and People Who Are At the Age of Twenty or Over and Affecting Factors

In thıs study, it was aimed to determine the the evaluation of rational drug use in those who are at the age of twenty years old and over wıth the practician doctors working in Erzurum city center and factors affecting. It was determined that % 53.3 of the practicians was male and % 46.7 female and average service-duration was 6.31 ± 3.5 year. It was determined that one third of the physicians didn't receive any education about drugs after graduation, and , that the most often received education was the one given by drug companies while the physicians accept themselves as capable of the knowledge about the indıcations and contrindication of the drug, they accept themselves incapable of the knowledge of biobenefitzm and bioequivalence.

The most important factors at the writing of the prescription were determined as studying after graduation and the presentation of the drug firms. When faced with any problems, factors most frequently consult on the drug guides. The factors frequently have been asked to prescripe painkillers. The average examination duration of the doctors, who constantly take the other illness information apart from age, social securty and the purchasing potential, is always longer than that of the other grups. Additionally the average examination period of practicans who give information on drugs except for the cost , seems to be longer than those of the other groups.

It was determined that % 46.8 percent of the people above 20 is male while % 53.2 percent of them is famele and that the avarege age is 39.93 ± 14.0 . Two third of the attendants stated that they kept drugs at home. The most common group of drugs purchased without prescription is the painkiller. The percent of % 42 attendants are not informed on the usage of prescriped drugs.

While a negative corelation is marked between average monthly incame and the percentage of taking drugs without prescription, a positive corelation is marked between

average monthly income and taking drugs on time. It has been established that the practice percentage of the whole components of the rational drug use behaviour as the educatıon level and the average monthly income increases.

As a result it has been observed that the adult population and the practician doctors have serious problems in applying the criteria of rational drug use, in the city centre of Erzurum.

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa No

A. Hekimlere İlişkin Tablolar :

Tablo 1 : Erzurum İl Merkezinde Çalışan Pratisyen Hekimlerin Bazı Özelliklerinin Dağlımı **31**

Tablo 2 : Hekimleri Mezuniyet Sonrası İlaçlarla İlgili Eğitim Programına Katılma Durumu ve Eğitim Program Türlerinin Dağılımı **32**

Tablo 3 : Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanım Konusunda Bilgi Düzeylerini Algılama Durumu **33**

Tablo 4 : Hekimlerin Reçete Yazımını Şekillendiren Faktörlerin Önem Derecesi Dağılımı **34**

Tablo 5 : Reçete Yazarken Hekimlerin Kullandıkları Kriterlerin Önem Derecesinin dağılımı **35**

Tablo 6 : Reçete Yazımı İle İlgili Bir Sorunla Karşılaşıldığında Hekimlerin Başvurdukları Kaynakların Sıklık Derecesine Göre Dağılımı **35**

Tablo 7 : Sürekli Kullanılan İlaçlar Dışında Hastaların İstedikleri İlacı Yazdırmayı Talep Etme Durumu Ve Talep Edilen İlaç Grupları **36**

Tablo 8 : Hekimlerin Bazı Özelliklere Göre Ort. Muayene Süresinin Dağılımı **37**

Tablo 9 : Sorgulana Anamnez Bilgilerine Göre Ortalama Muayene Süresi **39**

Tablo 10 : Hastalara Verilen İlaç Bilgilerine Göre Ortalama Muayene Süresi **41**

Tablo 11 : Hekimlerin Tanı Ve Tedaviye Yönelik Bazı Davranışlarına Göre Ortalama Muayene Süresinin Dağılımı **43**

Tablo 12 : Hizmet Sürelerine Göre İlaç Fiyatlarını Dikkate Alma Durumu **44**

Tablo 13 : Hizmet Sürelerine Göre Reçete Yazımında İlaç Firması Temsilcilerinin Promosyon Çalışmalarından Etkilenme Durumu **45**

Tablo 14 : Hizmet Sürelerine Göre Akılcı İlaç Kullanımını Tanımlama Durumu **45**

Tablo 15 : Ortalama Muayene Edilen Hasta Sayısına Göre Hekimlerin Hastalık Hakkında Bilgi Verme Durumunun Dağılımı **46**

Sayfa No

B. 20 Yaş ve Üzeri Kişilere İlişkin Tablolar :

Tablo 1 : Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımları **47**

Tablo 2 : Evde Yedek İlaç Bulundurma, İlaç Alımı Ve İlaç Seçimi Davranışlarının Dağılımı **48**

Tablo 3 : Sağlık Kurumlarında Reçete Edilen İlaçların Kullanımı Hakkında Bilgilendirilme Durumu Ve Açıklanma Yapılması İstenilen Konular **49**

Tablo 4 : Ortalama Aylık Gelire Göre Bazı İlaç Kullanım Davranışları **50**

Tablo 5 A : Cinsiyete Göre İlaç Kullanım Tutum ve Davranışlarının Dağılımı **51**

Tablo 5 B : Cinsiyete Göre İlaç Kullanım Tutum ve davranışlarının dağılımı **52**

Tablo 6 A : Yaş Gruplarına Göre İlaç Kullanım Tutum ve Davranışları **53**

Tablo 6 B : Yaş Gruplarına Göre İlaç Kullanım Tutum ve Davranışları **54**

Tablo 7 A : Eğitim Düzeyine Göre İlaç Kullanım Tutum ve Davranışları **55**

Tablo 7 B : Eğitim Düzeyine Göre İlaç Kullanım Tutum ve Davranışları **56**

Tablo 8 A : Aylık Gelir Gruplarına Göre İlaç Kullanım Tutum ve Davranışlar **57**

Tablo 8 B : Aylık Gelir Gruplarına Göre İlaç Kullanım Tutum ve Davranışlar **58**

Tablo 9 : Rahatsızlık Durumunda Gösterilen İlk Davranış Şeklinin Yaş Gruplarına Dağılımı **59**

Tablo 10 : Rahatsızlık Durumunda Gösterilen İlk Davranış Şeklinin Eğitim Gruplarına Göre Dağılımı **59**

Tablo 11: Rahatsızlık Durumunda Gösterilen Davranış Şeklinin Aylık Gelire Göre Dağılımı **60**

Tablo 12 : Yaş Gruplarına Göre İlaç Grupları İle İlgili Olarak Verilen Cevapların Dağılımı **61**

ERZURUM İL MERKEZİNDE ÇALIŞAN PRATİSYEN HEKİMLER İLE 20 YAŞ VE ÜZERİ KİŞİLERİN AKILCI İLAÇ KULLANIM BOYUTLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilacı, fizyolojik sistemleri ya da patolojik durumları alıcının yararına değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan madde veya ürün olarak tanımlamaktadır. Diğer bir tanımlamada ise ilaç, hastalıkların tanı ve tedavileri, hastaların yakınmalarını hafifletme, hastalıklardan koruma, ya da fizyolojik olayları düzeltmek amacı ile insan ve hayvanlarda kullanılan her türlü kimyasal bileşim olarak tarif edilmiştir (1). İlaçla yapılacak tedavinin etkinliği akılcı (rasyonel) ilaç kullanım ilkelerine bağlıdır. Bu ilkeler doğru ilaç, doğru zaman, uygun yol, uygun kişi ve doğru dozdur (2). DSÖ 1985 Nairobi toplantısında akılcı ilaç kullanımını 'kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri' olarak tanımlanmıştır (3).

İlaçların etkili olabilmesi için vücuttaki etki yerinde belirli bir konsantrasyona ulaşmaları gerekmektedir. Bu nedenle doz ayarlaması bir ilacın etkili olmasında en önemli faktörlerden birisidir. İlacın dozu kadar alınış saatleri ve ilacın önerilen sürede bitirilmesi de gerekmektedir (4). Rasyonel ilaç kullanımında önemli bileşenlerden birisi de hastanın tedaviye uyumu, yani reçete edilen ilaçların tavsiye edilen dozda, zamanda ve uyarılara uygun şekilde kullanılmasıdır. Bu faktörler yerine getirilmediğinde, tedaviye yönelik diğer çabaların verimliliği önemli oranda düşer (5).

Doğru tanı ile birlikte uygulanan tedavi kişileri iyileştirirken, yanlış tedavi kişilerin iyileşememesine ve tekrar farklı bir tedavi uygulanmasına, hatta ölüme bile sebep olabilmektedir. Örneğin; ABD' de hastane başvurularının % 8' ini istenmeyen ilaç reaksiyonları oluşturmaktadır. Fransa'da ise tüm zehirlenmelerin yaklaşık yarısı ilaç kullanımına bağlı zehirlenmelerdir (6).

İrrasyonel ilaç kullanımı az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha ileri boyutlarda olmakla birlikte, tüm ülkelerin önemli sağlık sorunlarındandır. DSÖ'nün Asya kıtasındaki az gelişmiş ülkelerde yönettiği bir araştırmada, reçete ile verilmesi gereken bir grup ilacın % 80 oranında reçetesiz olarak, eczane önerisi ile verildiği, % 20 oranında ise ancak hekim reçetesi ile ilaç verildiği saptanmıştır. Üstelik reçetesiz ilaç

verme önerisinin sadece eczacı tarafından değil büyük çoğunlukla kalfalar tarafından yapıldığı ortaya konulmuştur. Gelişmiş ülkelerde ise toplum örgütlülük düzeyi ve eğitimin yüksek seviyede olması, bilinçsiz ilaç kullanımını engellediği belirtilmektedir (7).

Ülkemizde de ilaç tüketimi ciddi bir sorundur. İlaç tüketimi yalnız sağlık personelini değil, kamuoyunu da yakından ilgilendiren politik, ekonomik ve bilimsel çok boyutlu bir konu haline gelmiştir. Akılcı olmayan ilaç tüketiminin beraberinde getirdiği savurganlık, 20. yüzyılın ikinci yarısında tüm ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de artış göstermiştir. Ülkemizde 1990 yılında kişi başına 21 $ olan yıllık ilaç harcamasının, 1995 yılında 26 $, 2000 yılında 38 $ ve 2002 yılında ise yaklaşık 56 $'a ulaştığı görülmektedir (8,9).

Ülkemizde ilacın genel sağlık harcamaları içerisindeki payı da gelişmiş olan ülkelerden çok fazladır. Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarının % 10-15 'i ilaç harcamasına ayrılırken, ülkemizde bu oran % 40'ın üzerindedir. 1992 yılında ülkemizde ilaç harcaması yaklaşık olarak 1.7 milyar dolar iken, 2002 yılında 4.5 milyar dolar olduğu düşünüldüğünde, ilacın hem sağlık hizmetlerinde hem de ülke ekonomisindeki önemi daha kolay anlaşılacaktır (9). Burada sorgulanması gereken konu ilaç harcamalarının genel sağlık hizmetleri içerisindeki yüksek oranının yanı sıra yazılan ilaçların rasyonelliğidir (10).

Ülkemizde en fazla ağrı kesici, antibiyotik ve vitamin gibi ilaçların savurgan ve hatalı bir şekilde tüketildiği ve bunun da ülke ekonomisini olumsuz bir şekilde etkilediği belirtilmektedir. İlaç tüketiminde en yüksek payı % 20.4 ile antibiyotiklerin, % 23.2 ile ağrı kesicilerin, % 10.2 ile antiromatizmal ilaçların ve % 9 ile soğuk algınlığı ve öksürük ilaçlarının oluşturduğu saptanmıştır (11).

Sağlık ocaklarında tıbbi ve teknik olanakların sınırlılığı ve günlük yoğun hasta trafiği daha çok yakınmaların giderilmesine yönelik yaklaşımların uygulanmasına neden olmaktadır. Ayrıca hastaların kendilerine ilaç yazılması beklentisinin çok yüksek olması da hekimler için ayrı bir sorun oluşturmaktadır (12). Mutlaka hekim denetiminde alınması gereken ilaçlar ülkemizde hekim denetimi dışında da alınmakta ve bu durum gerek bireylerde ve gerekse toplumda önemli sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Hekim tarafından reçete edilen ilaçların fazlalığı, bedeli resmi

kurumlarca ödenen reçetelerin parasal dokümanlarından anlaşılmaktadır. Ayrıca son yıllarda evlerde oldukça fazla sayıda ilaç birikimi söz konusudur. Üstelik bu ilaçların pek çoğunun mutlaka hekim denetiminde alınmaları gerekmesine rağmen biriktirilmesi, irrasyonel ilaç tüketiminin hangi boyutlarda olduğunu göstermektedir. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji Anabilim Dalı'nın Ankara'da yaptığı bir çalışmaya göre; evlerde kişi başına 4.2 kutu ilaç bulunduğu bildirilmektedir (13).

1262 sayılı yasa ile eczanelerden reçetesiz ilaç alımı yasaklanmış olmasına rağmen, günümüzde rahat bir şekilde eczanelerden reçetesiz ilaç alınabilmektedir. Bu durumun, hem toplum sağlığı hem de ülke ekonomisi üzerine son derece olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Bu konu ile ilgili olarak önlemler alınmaya başlanmış ve ilaç savurganlığının önlenebilmesi için beş kalem olan ilaç sayısı dört kaleme düşürülmüştür (14). Hekimlerin hastalarına yazdıkları ilaçlar konusunda ne kadar ve düzenli bilgi verdikleri de ayrı bir tartışma konusudur. 2001 yılında Ankara il merkezindeki sağlık ocaklarında yapılan bir çalışmada hastaların % 80 'inin kendilerine yazılan ilacın hangi hastalık nedeni ile yazıldığını bilmediklerini ve yine % 90 'nın ilaçlarla ilgili bilgi almadıklarını ifade etmişlerdir (15).

Hem ilaç kullanımında hekimlerin belirleyici bir yerinin olması, hem de ilacın önemli bir pazar olması nedeniyle hekimlerin tercihlerini etkilemeye yönelik ilaç şirketlerinin 'tanıtım-promosyon' çalışmaları gündeme gelmektedir. Ülkemizde promosyon harcamaları ilaç satışlarının % 5'ini geçmemesi şeklinde bir sınırlama olmasına karşın, bu konuda denetimin yetersiz olması nedeniyle bu harcamaların bu oranın çok üstünde olduğu tahmin edilmektedir.

Diğer bir konu da ilaç firmalarının tanıtım ve ilaç eğitimi kapsamında yaptıkları promosyonlardır. Bu durum sadece gelişmekte olan ülkeler için değil, bir çok yönüyle gelişmiş ülkeler için de geçerlidir. Kanada'da yapılan bir araştırmaya göre, yeni ilaçlarla ilgili bilgilenmede hekimlerin % 82'si için ilaç şirketleri temel kaynaklardır. Bu ülkede hekimler yılda ortalama 1.5 kez sürekli tıp eğitimi faaliyetlerine katılırken, 2.5 kez ilaç şirketlerinin tanıtım faaliyetlerine katılmakta ve hekimlerin ancak üçte biri kendi ilaç bilgisini çağdaş ve yeterli görmektedir (16).

Fazla miktarda ve çok çeşitli ilaç kullanımının (Polifarmasi) önlenmesi ve ulusal ilaç sanayinin kurulması Alma-Ata bildirgesinin önerileri arasındadır. Reçetesiz ilaç

satışlarının denetimi, hekimlerin sürekli eğitimi, tanı ve tedavi olanaklarının geliştirilmesi, müstahzar sayısının azaltılması, halkın eğitimi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve ikinci basamak tedavi hizmetlerinde hasta yığılmalarının önlenmesi polifarmasinin çözüm yolları arasında yer alır (17).

AMAÇ

Toplumda akılcı olmayan ilaç kullanımının önemli sorunlara yol açacağı açıktır. Fakat ne yazık ki ülkemizde akılcı olmayan ilaç kullanımının boyutlarını saptamaya yönelik çok az sayıda çalışma mevcut olup çalışmamız ise bu konuda Doğu Anadolu bölgesinde yapılan ilk araştırmadır. Oysa böyle önemli bir halk sağlığı sorununun çözülebilmesi için öncelikle sorunun iyi tanımlanmış olması gerekir. Hekimlerin akılcı ilaç bilgisi ve davranışı önemli olduğu kadar, toplumun da ilaç tüketimi ile ilgili davranışı ve yaşanan sorunların saptanması önemlidir.

Bu nedenle çalışmamızda Erzurum il merkezinde çalışan pratisyen hekimler ile 20 yaş ve üzeri kişilerde akılcı (rasyonel) ilaç kullanım boyutları ve etkileyen faktörlerin saptanması ve bu sonuçlar ışığında, bölgemizde ilk defa yapılan bu çalışmanın daha sonra yapılacak olan araştırmalara da zemin hazırlaması amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

I.Tarihsel gelişim

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, hastalıkların erken tanı ve tedavileri yönünde yapılan çalışmaların tamamını kapsayan sağlık hizmetleri esas olarak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri olarak iki başlıkta toplanmaktadır. Hekimlik mesleği yüzyıllar boyu tedavi edici hizmet olarak algılanmış ve uygulanmış, koruyucu sağlık hizmetlerinin önemi ve uygulamaları ise son yüzyıl içinde kendine yer bulmuştur. Böylece toplum sağlığı kavramı ve uygulama ilkeleri ortaya çıkmıştır.

Herkesin sağlık dahil tüm sosyal haklara sahip olması en önemli ve bilinen şeklini 1948 yılında kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde almıştır. Bu anlayış 1978 yılında yayınlanan ve Dünya Sağlık Örgütüne üye tüm ülkelerce onaylanarak kabul edilen Alma-Ata Temel Sağlık Hizmetleri Bildirisi ile son derece ayrıntılı biçimde tanımlanmıştır. Alma-Ata Konferansı (12 Eylül 1978) olarak bilinen Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı, sağlık hizmetlerini geliştirmek ve dünyadaki bütün insanların sağlık düzeylerini iyileştirmek için düşünülen çözüm önerilerinin tartışıldığı bir toplantıdır. Toplantının sonunda yayınlanan bildirge de, bir öneriler paketidir. Alma-Ata Bildirgesi'nin asıl önemi; "Temel Sağlık Hizmetleri" kavramı ve uygulamaları konusunda, bütün dünya ülkelerince imzalanmış bir "uluslararası sağlık sözleşmesi" oluşudur. Bildirgede her ülkenin temel ilaçlar yönünden, diğer ülkelere bağımlı olmadan, kendi kendine yeter duruma gelmesi gerektiği belirtilmiştir. Bu metni imzalayan her ülke kendisinin Temel Sağlık Hizmetleri görüşünü benimsediğini ve diğer bütün ülkelere önerdiğini; 133 ülke ve 67 uluslararası örgüt temsilcisi huzurunda kabul etmiştir (17). Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 60. maddesi hükümlerine göre, tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkından yararlanmaları gerekmekte ve bu hakkın sağlanması için her türlü tedbirin alınması görevi de devlete verilmektedir (18-21).

Halen dünyada ve ülkemizde sağlık hizmetlerinin en önemli aracı ilaçtır. Bitki ve hayvan ürünlerinden ilaç yapımı çok eski çağlara uzanmakla birlikte eczacılığın gelişimi ve hekimlikten ayrılması 13.yy civarında olmuştur. 18. yy'da kimya alanındaki önemli gelişmeler, 19. yy'da gelişen endüstri ile sentetik maddelerin üretimi ilaç sanayinde önemli gelişmeleri beraberinde getirmiş ağrı kesici ve ateş düşürücüler üretilmeye başlanmıştır. 20. yy başlarında hormonlar ve vitaminler ile ilgili çalışmalar

öne çıkmış, 2. dünya savaşı ile birlikte gereksinimi artan anbiyotiklerin üretimi ortaya çıkmıştır. Antibiyotiklerin ilaç piyasasına canlılık getirmesi ile birlikte 1950'lerden sonra piyasaya çıkan ilaç sayısında önemli bir artış yaşanmıştır (18-20). Bu yüzyılın ikinci yarısından itibaren ilaç sanayinde ortaya çıkan hızlı gelişmeler sayesinde insanlığın korkulu rüyası salgın hastalıklar kontrol altına alınmış, daha önce tedavi edilemeyen birçok hastalık kolayca tedavi edilebilir hale gelmiştir (22).

Günümüzde belirli bir endikasyonda kullanılmak üzere geliştirilmiş çok sayıda ilaç klinik kullanımına sunulmuştur. Ancak aynı endikasyonda kullanılmalarına rağmen bu ilaçlar etki güçleri, biyoyararlanımları, toksik etkileri, kullanım şekilleri ve maliyetleri açısından farklılıklar gösterirler. Hekimlerin bu binlerce ilaç arasından hastalarına en uygun olanını seçmesi, esasen Hipokrat'ın hekimliğin ana ilkesi kabul edilen "önce zarar verme" özdeyişi ile, hastaya ilaç vermeden önce seçilen ilacın hastaya sağlayacağı yararın, toksik yan etkilerine göre değerlendirilmesini gerektirir. Hatta bazen yine Hipokrat'ın deyişi ile "bazen hiçbir şey vermemek en iyi tedavi şeklidir"(22,23). Gerçektende ilaçların yararlı etkilerinin yanında zararlı yan tesirlerinin bulunduğu çok eskilerden beri bilinmektedir. İsviçreli bir hekim olan Paraselsus'un doz bağlamında toksisiteyi ifade eden "Her madde zehirdir. Zehirle ilacı ayıran doz'dur" sözleri tıp tarihine geçmiştir (22).

II. Akılcı İlaç Kullanımı

Tıp'ta ilaç tedavisindeki akılcı yaklaşım; hastamızdaki sağlık sorununun çözümlenmesi için, tablonun özelliklerini ve nedenlerini doğru değerlendirip, o andaki ve gelecekteki olası bütün değişiklikleri dikkate alarak, hastanın yararına en doğru uygulamayı belirleme, gerçekleştirme ve izleme anlamına gelmektedir (23,24). Türk Tabibler Birliği'ne göre akılcı ilaç kullanımı; gerektiği anda, gerektiği kadar, gereken formda ve maliyet/etkililik analizi yapılmış uygun ilacın verilmesidir (23). DSÖ'nün 1985 Nairobi toplantısında akılcı ilaç kullanımı; "kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri" olarak tanımlanmıştır (3,18).

Bu tanımlar göz önüne alındığında akılcı ilaç kullanımı ilkeleri şu şekilde sıralanabilir:

- Kanıta dayalı doğru tanı

- Uygun ilacın seçilmesi, gereken dozun, uygun yoldan ve yeterli süre ile verilmesi
- Tedavinin başarısının, yan etkilerinin ve hasta uyumunun izlenmesi
- Tedavi maliyetinin ve gerçekleşebilirliğinin dikkate alınması

Akılcı ilaç kullanımının ilkelerini biraz daha açarak incelememiz gerekirse:

Doğru Tanı

Doğru ve erken tanı başarılı bir tıbbi tedavinin ön koşuludur. Hekim hastasındaki yakınmaları ve hastalık öyküsünü kendi saptayacağı belirtiler ile birleştirip, gerektiğinde yardımcı laboratuar bulgularını da dikkate alarak hem klinik, hem de etiyolojik tanıya varmalıdır (2,24-26). Doğal olarak hekimin bilgi birikimi ve deneyimi de doğru tanıya ulaşmada son derece etkilidir. Günümüzde az gelişmiş ülkelerde hastanın hastalığının kanıta dayalı kesin teşhisi ve uygun tedavisi yerine şikayetlerinin giderilmesine yönelik semptomatik tedavi uygulaması, bu nedenle akılcı olmayan gereksiz ilaç kullanımı ön plandadır (18,20,26). Bu durumun yanı sıra hekime başvurularda hastaların kendilerine ilaç yazım beklentisinin artması da hekimler için ayrı bir sorun oluşturmaktadır. Hekimler bu tür ısrarlar karşısında hastaları ya daha ileri tetkik ve tedavi yapılacak olan kurumlara sevk etmek veya ilaç yazmak zorunda kalmaktadırlar. Bu durumda hekimin davranış ve yaklaşımları ile, gerekirse bilimsel yönden bilgilendirme ile hastasını ikna edebilmesi gerekmektedir (20,27).

Ülkemizde sağlık ocağında çalışan bir pratisyen hekim günde ortalama 40 hasta bakmakta ve bunların çoğuna reçete yazmaktadır. Bu ilaçların çoğu deneyim ağırlıklı bilgilere dayalı önceden karar verilmiş ilaçlardır. Ayrıca kanıta dayalı kesin tanı yerine semptomatik tedavi ön plana çıkmaktadır. Bu da gereksiz ilaç kullanımını ve tedavi maliyetini arttırmaktadır (18,26). Bu amaçla Sağlık Bakanlığı sahada görev yapan hekimlerin gereksinim duyduğu, bilimsel, kanıta dayalı, uygulanabilir ve güncel kaynak oluşturması amacıyla birinci basamak sağlık kurumlarına yönelik tanı ve tedavi rehberleri oluşturarak 2003 yılında sağlık kurumlarına sunmuştur. Tanı ve tedavi rehberinde 128 başlık bulunmakta ve bu başlıklarda hastalık, bozukluk ve bazı tanı ve sevk yaklaşımları yer almaktadır. Hastalığın türüne göre genel özellikleri, risk faktörleri, tanı, ayırıcı tanı ve tedavi yöntemleri sıralanmıştır.

Uygun İlaç Seçimi

Hastadaki tablo kanıta dayalı olarak teşhis edildikten sonra hastaya ve hastalığa uygun ilaç veya ilaçların seçimi pek çok faktör göz önüne alınarak yapılmalıdır. İlacın farmasötik formu, uygulama yolu ve biçimi, ilacın olası yan etkileri, hastada var olan başka patolojiler ve fizyolojik durumlar (yaş, cinsiyet, kilo, gebelik, emzirme…vs), eğitim seviyesi, ne iş yaptığı dikkat edilmesi gereken hususlardır (24).

Yan etkisi olmayan ilaç yoktur. Doza bağımlı olarak her ilaçta istenmeyen etkiler görülebilmektedir. Bu nedenle ilaç firmaları etkin kan konsantrasyonunda, yan etkileri en az olan ilaçları geliştirmeyi hedeflemektedirler. Yan etkilerin artışı ilacın güvenilirliğini sınırlamakta ve bazen tedavinin yarım bırakılmasına neden olmaktadır. İlaç yan etkileri genellikle doza bağımlı, kısmen önceden kestirilebilen yan etkiler ve yalnızca istatistiksel olarak değerlendirilebilen, doza bağımlı olmayan allerjik ve idiosenkrazik yan etkiler olarak iki grupta incelenmektedir. Hasta için ilaç seçiminde ilacın etkin ve toksik dozları bilinmelidir (1,5,24). Her hasta ve her hastalık değişik olduğu için dozaj ayarı hastaya ve hastalığa göre bireyselleştirilmelidir. Yaş, cinsiyet, kilo, ek rahatsızlıklar, devamlı kullandığı diğer ilaçları göz önüne alınmalıdır. Uygun doz bulunduktan sonra hasta izlenmeli ve gerekirse doz değiştirilmelidir (27).

İlaç seçimi yapılırken ilacın sağlayacağı yarar ve oluşturacağı olası riskler tam olarak değerlendirilip yazılmalıdır. Gereksiz ilaç yazmak dünyanın pek çok ülkesinde görülen bir sorundur. Kanıta dayalı kesin tanı konulmaması, yetersiz tıp eğitimi, mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimlerinin alınmaması gereksiz ilaç yazılmasının en önemli nedenler olarak gösterilmiştir (27). Kesin tanı konulduktan sonra etiyolojiye yönelik tedavi ve ilaç sınıfı tespit edilir. Hekim hangi sınıf ilacı veya bu sınıfın alt gruplarından hangisinin verileceğini net olarak tespit etmelidir. Bunu yapabilmek iyi bir farmakoloji ve ilaç bilgisi gerektirir. Ayrıca hastalığa ve hastaya ait özellikler de mutlaka iyi bilinmelidir. Viral hastalıklarda anti-bakteriyel ilaç yazılması, etkisi tam olarak ispatlanmamış serebral vazodilatatörlerin yaşlılıkta demans gibi rahatsızlıklarda kullanılması, vitamin-mineral gibi, eksikliği olmadığı halde sıkça yazılan ilaçlar gereksiz ilaç tüketimini arttırmaktadır (23,27). İlaç seçiminde hastanın ek başka hastalıklarının varlığı ve kullandığı diğer ilaçların bilinmesi de ilaç seçimini değiştirecektir. Hipertansiyonu olan bir hastaya tuz tutan ilaçların verilmesi önceki

hastalığını tetikleyecek zararlı yan etkilerin ortaya çıkmasına neden olacak ve tedavi başarısız olacaktır. Varfarin kullanan bir hastaya analjezik verilirken aspirin değil, parasetamol tercih edilmelidir (1,24,27). Çalışan bir hastaya sedatif etkisi daha az olan 2. kuşak antihistaminik verilmesi daha uygun bir yaklaşımdır.

Aynı ilacın farklı farmasötik formları olabilir. Bunlar arasında amaca ve olgunun durumuna göre uygun seçim yapılmalıdır. Aspirin'in hem tablet hem efervesan şekilleri mevcuttur. Akut ağrılı durumlarda suda çözünen, kronik romatoid artrid gibi hastalıklarda bağırsakta çözünen tablet formu verilmesi uygun olacaktır (27).

Hekim tüm bu faktörleri göz önüne alarak ilaç seçimini yaparken bir başka sorun karşısına çıkmaktadır. Piyasadaki binlerce ilaçtan hangisi seçilmelidir ? Bu gün Türkiye'de değişik formda 7500 civarında ruhsatlı ilaç ve piyasada 4500'den fazla ilaç mevcuttur. Dünyanın diğer ülkelerinde de, özellikle az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, durum pek farklı değildir. Bu ilaçların hepsinin gerekli olup olmadığı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de tartışma konusu olmuştur. Bu ilaçların pek çoğunun etken maddesi veya vücuttaki etki mekanizması aynıdır. Ayrıca özellikle geri kalmış ülkelerin temel nitelikteki ilaçlara ulaşabilmesinde de bir çok zorluk bulunmaktadır. Bu kadar çok sayıda ilaç bile hekimlerin ilaç seçiminde ve eğitiminde kargaşaya neden olabilmektedir. Bu sebeple gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin çoğunda, halkın çoğunluğunun hastalıklarının tanı ve tedavisi için geçerli olacak ilaçları içeren, yansız ve bilimsel biçimde, etkililik/güvenilirlilik oranı kanıtlanmış, yarar/zarar ve yarar/fiyat oranı yüksek olan ilaçların yer aldığı "Temel ilaç listesi" hazırlanmıştır. DSÖ'de benzer şekilde ilaç listeleri oluşturmuş ve rasyonel farmakoterapi eğitiminin tıp fakültelerine verilmesini önermiş ve destek vermiştir (23).

Temel ilaçlar; "toplumun çoğunluğunun sağlık gereksinimleri için en gerekli olan, dolayısıyla, her zaman, yeterli miktarda ve uygun doz formlarında bulunması gereken ilaçlar" olarak tanımlanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nce (D.S.Ö) ilk kez 1977'de oluşturulmuş; başlangıçta az gelişmiş ülkeler için önerilmiş, ancak kısa sürede toplumsal açıdan önemi saptandığından, bugün Avrupa ülkeleri ve A.B.D.'de de geçerliliği olan bir uygulamadır (28). D.S.Ö. daha kuruluşundan başlayarak ilaçların kalitesini, güvenliğini ve etkililiğini geliştirmeye yönelik çabalar göstermiştir. Gelişmekte olan ülkelerde ilacın bulunabilir ve erişilebilir olmamasından ve ilacın

doğru kullanılmamasından kaynaklanan sorunların ciddi bir boyut kazanması üzerine ise, "Temel Ilaçlar" kavramı gündeme gelmiştir. D.S.Ö.'nün farmasötik ürünler konusundaki misyonu; temel ilaçlar ve diğer ilaçlar hakkında küresel anlamda rehberlik yapmak ve temel ilaçlara ulaşabilmede eşitliğin, ilaç kalitesi ve güvenliğinin ve akılcı ilaç kullanımının garanti edilmesini sağlayacak "ulusal ilaç politikaları"nın yerleştirilmesinde ülkelerle işbirliği yapmaktır.

1977'de hazırlanan ilk "Model Temel İlaç Listesi"nde 208 ilaç yer almaktayken, 1997'de hazırlanan 10. Model Listede 306 ilaç bulunmaktadır. Son 20 yıl içinde listeye yeni ilaçlar eklenmiş ve artık uygun bulunmayan bazı ilaçlar listeden çıkarılmıştır. Bugün liste, dünya nüfusunun büyük bir kısmını etkileyen bulaşıcı hastalıklarla, kronik hastalıkların etkili ve güvenli tedavisini sağlayabilecek özellikte ilaçları içermektedir. D.S.Ö.'nün ilaçlar için 2000-2003 stratejisi dört amacı öngörmektedir: Politika, Kalite ve güvenlik, Akılcı kullanım, Ulaşılabilirlik.

Ayrıca hekimin ne kadar iyi eğitim alırsa alsın bir süre sonra bilgileri azalmaya ve hastanın tanısını ve uygun ilaç seçimini deneyimlere bıraktıkları göz önüne alınarak sürekli tıp eğitimlerinin başlatılması, özendirilmesi ve kredilendirilmesi, bu eğitimin tarafsız kurumlarca yapılması önerilmiştir (23).

Hastanın İzlenmesi

Akılcı ilaç kullanımının diğer bir ilkesi uygun ilacın verilmesinden sonra, hastanın tedaviye uyumunun, ortaya çıkabilecek olası istenmeyen etkilerinin, hastalığın tedaviye yanıtının takip edilmesidir. Gerektiğinde ilacın kan ve plazma düzeylerinin ölçümlerinin yapılması, ilacın özelliklerine göre sistem fonksiyonlarının değerlendirilmesinin yapılması gerekmektedir. Hastanın ilacı alıp almadığı, hekimin tarif ettiği şekilde kullanıp kullanmadığı, tedaviyi yarım bırakmış ise nedenleri sorgulanmalıdır (24). Hastaların hastalıklarının önemini ve uygulanan tedaviyi yeterince algılayabilmeleri, eğitim ve gelir düzeyleri, bireyin yaş, kilo, boy gibi biyolojik özellikleri, çevresindeki eş, dost ve akrabaları ile olan ilişkileri, hastanın geçmiş hastalıkları veya yakınlarının hastalıkları ile ilgili deneyimleri tedaviye verdiği uyumu değiştirmektedir. Bunlar tedavinin yarım bırakılmasına, düzelmeyen rahatsızlığı nedeni ile yeniden başka hekimlere müracaat etmesine, tedavinin giderek zorlaşmasına, tedavi

maliyetinin artmasına, evlerde fazla miktarda ilaç depolanmasına ve sonuç olarak akılcı olmayan ilaç kullanımı ve kronikleşen hastalıklara neden olabilmektedir (29).

İlaç Maliyeti

Akılcı ilaç kullanımı için belkide en fazla üzerinde durulan ve tüm çalışmalarda hekimlerin mutlak dikkat etmesi gereken konuların başında, maliyet hesabının yapılması gerekliliği gelmektedir. İlaç, diğer endüstri ve sanayi ürünlerinden çok özel bazı farklılıklar göstermektedir; ilaca olan talep esnek değildir, tüketimi isteğe bağlı değildir. İlaca olan gereksinim fiyattan hiç etkilenmez. İlaca karar veren, bedelini ödeyen ve kullanan bireyler, farklı kişi ve kurumlardır. Hastanın ilaç seçiminde rolü yoktur, etkisi dönüşümsüzdür, ihtiyaç olduğunda anında kullanılması gereken bir maddedir. Ayrıca iade edilebilen bir madde olmaması onu diğer bütün maddelerden farklı kılmaktadır. Bu da diğer maddelerden bağımsız, özel bir konuma sahip "ilaç piyasası" oluşmasına neden olur.

İlaç sanayii'ndeki maddi boyut incelendiğinde 1968'de pazarın küresel değeri 1.9 milyar dolar iken, 2002 yılında % 211 büyüme ile 400.6 milyar dolar seviyelerine ilerlemiştir. Bu değer bir çok ülkenin toplam gayri safi yurt içi hasılasından daha büyüktür. Ülkemizin bu pazar içindeki durumuna bakıldığında, Avrupa ilaç endüstrisinin dünya ilaç pazarında % 25,4 payı olduğu, Türkiye'nin ise Avrupa ilaç üretim piyasasında % 2.7' lik bir paya sahip olduğu ve ilaç ihtiyacının % 60'tan fazlasını ithal ettiği görülmektedir. Ülkemizde 1990-96 yılları arasında ithalatın ihracatı karşılama oranı ortalama % 16.5 iken 1997'den itibaren dengenin ithalat lehine değiştiği görülmektedir (22,30,31).

Türkiye'de fiyatlar üzerinde kamu müdahalesinin olduğu nadir alanlardan birisi de ilaç sektörüdür. 1262 sayılı ilaç yasasının 7. maddesi gereği, ülkemizde ilaç fiyatları Sağlık Bakanlığı'nın denetimindedir. Bakanlık bu denetim yetkisini fiyatlandırmanın esaslarını belirleyen ve Bakanlar Kurulunca yayınlanan Fiyat Kararnamelerine dayanarak yerine getirmektedir (31).

Türkiye'de ilaç ürünlerine yapılan sağlık harcamaları toplam sağlık harcamaları içinde oldukça yüksek bir paya sahiptir. Türkiye'de Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve diğer kamu kurumlarının 2003 yılında ilaç ürünleri için yaklaşık altı katrilyon Türk Lirası (beş milyar dolar) ilaç harcaması gerçekleştirdiği

tahmin edilmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumlarının toplam sağlık harcamaları içinde ilaç giderlerinin payı yaklaşık % 45-50 arasında seyretmektedir. Başka bir ifade ile Sosyal Güvenlik Kurumları toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yarısı ilaç ürünleri için kullanılmaktadır. 1998-2002 döneminde Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tarafından gerçekleştirilen ilaç harcaması bu iki kurumun toplam sağlık harcamasının % 55-60'ını oluştururken, SSK ilaç harcamaları kurumun toplam sağlık harcamasının % 33-38'ini oluşturmuştur. Devlet memurları ve bakmakla yükümlü yakınları için yaklaşık 600 trilyon TL ilaç ürünü harcaması yapmıştır. Bu devlet memurları için yapılan toplam sağlık harcamasının % 52 gibi büyük bir kısmını oluşturmaktadır (31).

İlaç fiyatları konusunda bir diğer tartışma alanı da patentli ilaç ve onun jenerik adı ile piyasaya çıkan ve daha ucuz olan eşdeğeri arasındadır. Jenerik ilaçlar, ilacın marka adı yerine etken madde adı ile piyasaya çıkması ve satılmasıdır. Ucuz eşdeğer ilaçların çıkması zengin ve gelişmiş ülkelerde bile ilgi odağı halindedir. Örnek olarak ABD'de eşdeğer ilaç uygulaması ile 1988 yılında 2 milyar dolar tasarruf sağlandığı belirtilmektedir (20). Ülkemizde aynı etken maddeli değişik ilaçlar arasında büyük fiyat farklılıkları mevcuttur. İlaç giderlerini büyük oranda karşılayan sosyal güvenlik kurumlarının ise bu soruna sistemli bir yaklaşımı yoktur. SSK kurumunun eşdeğer ilaçlardan en ucuzunun kullanılmasına yönelik genelgesi ve girişimlerine karşılık doktorun ilaç seçimi hakkının elinden alındığı, hastaya en uygun ilacı seçebilecek tek ve yasal kişinin doktor olduğu, hastaların sigorta primlerini düzenli ödemelerine rağmen tedavi alanlarının kısıtlandığı görüşleri öne sürülmüştür (20,32). Ankara'da hastane ortamında retrospektif bir çalışmada hastanede kullanılan 61 kalem ilacın tutarı 26.5 milyar TL iken, biyoeşdeğerleri kullanıldığında 17.3 milyar TL'ye mal olduğu ve % 35 kar sağlandığı görülmüştür (33). Bir başka araştırma Bilkent Üniversitesinde yapılmış ve kampüste rahatsızlanarak hekime başvuran öğrencilere ilaçlar tedavi şeması hazırlanarak kutu yerine tane ile verilmiş ve bu yöntemle % 45 kazanç sağlandığı tespit edilmiştir (34).

Ülkemizde hastane, sağlık merkezi gibi sağlık kuruluşlarında poliklinik hastalarına yönelik eczane açmak yasaktır. Yatan hastalar için kullanılan ilaçların ihalelerinde % 40-60 düzeyinde indirimler yapan ilaç şirketlerinin poliklinik hastaları için de ne düzeyde indirim yapabilecekleri tahmin edilebilir (20,32).

Akılcı İlaç Kullanımında Hekim Sorumluluğu

Günümüzde belirli bir endikasyonda kullanılmak üzere geliştirilmiş çok sayıda ilaç vardır. Ancak bu ilaçlar etki güçleri, biyoyararlanım özellikleri, toksik etkileri, kullanılış şekilleri ve tedavi maliyetleri açısından farklılıklar göstermekedir. Hekim hastaya kanıta dayalı kesin tanıyı koyduktan sonra, yazacağı ilaca karar verirken bütün bu farkları göz önüne alarak hastası için en doğru ve tedavisi en uygulanabilir olanı seçmek zorundadır. İşte akılcı ilaç kullanımında hekim sorumluluğu bu noktada başlamaktadır (23). Süreci başlatan hekim iyi bir ilaç bilgisinin yanı sıra ülkede uygulanan sağlık ve ilaç politikalarını, sağlık ve ilaçla ilgili mevzuatı, Sağlık Bakanlığının tutumunu bilerek kanıta dayalı ilaç seçimi yapmak zorundadır (23).

İlaç sıradan bir sanayi ürünü değildir, ilaç tüketimi de sıradan bir başka ürünle aynı şekilde değerlendirilemez. İlaç konusunda hekim ile hastanın bilgi düzeyleri de aynı değildir. İnsanlar piyasadan beyaz eşya seçimini en iyi ve uygun şekilde yapabilirler ancak ilaç seçimi hekime aittir. Reçete yazabilme yetkisi sadece hekimlere verilmiştir ve hekim olmayanların reçete yazmaları suç kabul edilmiştir. Hekimlere bu yetki almış oldukları eğitim sonucu, kazandıkları bilimsel formasyonun karşılığı olarak verilmiştir. Bu yetkiyi kullanmak, aynı zamanda sorumluluğu gerektirmektedir. Hastalar için en uygun, en yararlı, kolay uygulanabilir ve en elverişli ilaçları seçmek hekimin sorumluluğudur (23,27).

Türkiye'de ilaç ve tıbbi araç gereç sanayi büyük oranda dışa bağımlıdır. Aşırı dışa bağımlılık, ülkemizde ilaç tüketiminde ekonomik davranışı zorunlu kılan temel faktörlerin başında gelmektedir. Ülke sağlık politikalarından, gereksiz ilaç kullanımını önleyerek akılcı ilaç kullanım stratejilerini geliştirmesi beklenmektedir. Akılcı ilaç kullanımında tedavi maliyeti de hekimin sorumluluğunda başlayan bir konudur. Hekim uygun, güvenilir, ve en etkili tedaviyi seçerken tedavi maliyetini de göz önünde bulundurmalı, ülkenin ekonomik ve sosyal göstergeleri ile sağlık bakanlığı ve sosyal güvenlik kurumlarının politikalarını ve gerekli mevzuatı bilerek seçim yapmalıdır (1,23,24,27,31).

Hekimler için ilaç reçete etmek hasta ile yapılan görüşmenin son noktasıdır. Hekim hastasını tüm ayrıntıları ile sorgulayıp değerlendirdikten sonra tanıyı koymuş, tedavi planını yapmış ve artık tedaviyi hastasına vermektedir. Hasta ile olan görüşme

reçete ile sonlandırılmaktadır. Bu noktada hekimin, reçete ettiği ilaçlar hakkında da hastaya gerekli tüm bilgileri vermesi, onun yeterince anlayıp anlamadığını sorgulaması gerekmektedir. Hekimin çok yoğun çalışma temposunda olduğu merkezlerde bazen hastayla olan görüşmeyi fazla uzatmamak ve hatta bir an önce sonlandırmak amacıyla da reçete yazılarak gönderilmesi, akılcı olmayan ilaç reçete edilmesi ve kullanılması olarak değerlendirilebilir (35).

Akılcı İlaç Kullanımında Eczacı Sorumluluğu

Reçeteler esas olarak eczacılara yönelik yazılardır. Üzerinde hastanın ilacı nasıl kullanacağına ilişkin bilgiler bulunmakla beraber, bu bilgiler öncelikle eczacıya yöneliktir. Aynı şekilde ilaçları hazırlama ve hastalara verme yetkisi de eczacılara verilmiş bir yetkidir. Bu yetkinin getirdiği sorumluluk da hastaların ilaçları uygun şekilde kullanabilmeleri için eczacılar tarafından bilgilendirilmesi gerekliliğidir. Eczacı kalfası veya teknisyenlerinin ilaç verme, kullanımını tarif etme gibi yetkileri yoktur. Bu kişiler ancak ilaçları bulundukları yerden almak ve rafların düzenini sağlamak gibi yardımcı işleri yapabilirler. Reçetenin incelenmesi ve hastanın bilgilendirilmesi hekimin olduğu kadar eczacının da görevidir (27). Erzurum'da yapılan bir çalışmada bireylere reçete edilen ilaçların kullanımı hakkında bilgilendirmenin kim tarafından verildiği sorulduğunda % 68.5 doktor, % 24 eczacı, % 5.5 hemşire tarafından yapıldığı belirlenmiştir. Ankara'da yapılan çalışmada ise % 76.7 doktorlar, % 13.4 eczacılar, % 7.1 hemşirelerden bilgi alındığı ortaya çıkmıştır (29,36). Kesin tanıyı koyduktan sonra tedaviyi planlayan hekimler akılcı ilaç kullanımının esas öğesini oluştururlar. Ancak bu araştırmalarda da görüldüğü gibi eczacıların rolü beklenenden daha azdır. Bu noktada eczacının kendisi yerine, yardımcısı ve tezgahtarı yolu ile hastayla ilişki kurması, hatta kendisinin eczanede bulunmaması olumsuzluklar yaratmaktadır. Eczacı reçetedeki ilaçları temin etmeli, eğer görürse hataları doktor ile işbirliğine girerek düzeltmeli, hekim tarafından tarif edilse bile kullanımı ve ilacın saklanma koşuları hakkında yeterli düzeyde bilgi vermelidir (37).

Ayrıca reçetesiz verilmesi yasak olan ilaçların ülkemizde yaygın olarak eczaneden satın alınması da eczacı sorumluluğundadır. Türkiye'de yaygın olarak uygulanan ve üzerinde "reçetesiz verilmez" ibaresi olmasına rağmen, ilacın eczaneden rahatça alınabilmesi uygulaması dışında, henüz ülkemizde olmayan ekonomik ve

siyasal gerekçelerle ortaya çıkarılan bir başka uygulama da mevcuttur; bu da tezgah üstü ilaç satışıdır. Yaygın kullanımı ile OTC (over the counter) olarak adlandırılan bu uygulama; bazı ülkelerde, sık görülen bir takım hastalıklarda hastanın, müsaade edilen ilaçları hekim reçetesi olmadan alabilmesidir. Ülkemizde henüz böyle bir uygulamaya ait yasal düzenleme yoktur. Bu ülkelerde bazı antigribal ajanlar, analjezik ve antienflamatuar maddeler OTC kapsamındadır. Ülkeler arasında seçilen ilaçlar da farklılık göstermekte ve bazı ülkelerde antibiyotikler ve ülser tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar da bu listede yer almaktadır. Bu uygulama ile listeye alınan ilaçlar, marketten başka bir ürün alınıyormuş gibi rahatlıkla alınabilmektedir. Ancak hasta ilacı neye göre seçecektir, bilimsel formasyonu olmayan hastaların tercihi neye göre olacaktır, ilaç şirketlerinin tüketiciye yönelik reklamları ne derecede güvenilir olacaktır soruları gündeme gelmektedir (38). Bu uygulamanın esas amacı sosyal güvelik kurumlarının ilaca ayırdıkları payın azaltılması olmakla birlikte, ülkenin bireylerinin yaptıkları harcama ülkenin ortak gideri olarak düşünülmektedir. Seçilen ilaçların etkileri, etki mekanizmaları, yan ve toksik etkileri nasıl ve kim tarafından değerlendirilecek, ülkemiz gibi çevresinin tavsiyeleri ile ilaç almayı gelenek haline getiren toplumlar ve eğitim seviyesi düşük toplumlar da ilaç seçimi daha bilinçsiz olacaktır (38).

Akılcı İlaç Kullanımında Toplum Sorumluluğu

Ülkemizde hastalanınca hekime danışılmadan ilaç alınması, başkalarına ilaç tavsiye edilmesi ve başkalarından tavsiye alınması, evde ilaç depolama, benzer şikayetler ortaya çıktığında daha önceki deneyimlere göre evlerde mevcut ilaçların danışılmadan alınması, hekime gidilmişse yazılan reçetenin zamanında alınmaması, uygun dozda, hekimin tavsiye ettiği süre içinde kullanılmaması sık görülen irrasyonel ilaç kullanım sorunlarıdır. 1 Ağustos 1998 tarihinde çıkarılan "Hasta Hakları Yönetmeliği" ile hasta modern tıbbi bilgi ve teknolojinin gereklerine uygun olarak teşhisinin konulmasını, tedavisinin yapılmasını ve bakımını isteme hakkına sahiptir (37).

Yapılan çalışmalarda bireylerin sağlık sorumluluğu incelendiğinde ileri yaşlarda sağlık sorumluluğu düzeyinin daha yüksek olduğu, genç yaşlarda daha düşük olduğu tespit edilmiştir (29,39-41). Aynı şekilde bireylerin eğitim seviyeleri arttıkça sağlık sorumluluğu düzeyinin de yükseldiği görülmüştür (29,42). Kırsal bölgede yaşayanlarda, çalışmayanlarda, düşük gelir grubunda olanlarda ise düşük bulunmuştur. Sağlık sorumluluk düzeyi düşük olan bireylerde hekimin reçetesini zamanında almama, uygun şekilde kullanmama, başkalarına ilaç verme veya başkalarından ilaç alma, reçetesiz ilaç alma ve kullanma davranışları daha sık görülmüştür (29). Sağlık sorumluluğu düzeyi ile eğitimin pozitif yönde ilişkisi olduğu tespit edilmiştir.

Bireylerin sosyal güvencelerinin olup olmaması da davranışlarını etkilemektedir. Güvencesi olmayan hastaların hekim tarafından verilen reçeteleri zamanında almama, doğru ve uygun biçimde kullanmama, tedaviyi yarım bırakma, başkalarından ilaç alma ve başkalarına verme davranışlarını daha sık sergilediği görülmüştür (29,43). Ayrıca ülkemizde ki geleneksel yakın akrabalık ve komşuluk ilişkileri içerisinde ilaç tavsiyesi ve evde mevcut ilaçların başka kişilere verilmesi gerçeği mevcuttur. Ankara'da yapılan bir çalışmada ailelerin % 53.7' sinin benzer sorunlara sahip başka kişilere kendi ilaçlarını verdikleri belirlenmiştir. Yine Ankara'da yapılan bir başka çalışmanın sonuçlarına göre, hastaların % 75.5' i hekime danışmadan ilaç kullanmaktadır. Hastaların % 13.2' si kendi kendine kullandığı ilaçları yanlış kullanmaktadır. Hastaların % 24.5' i kendisinin kullandığı bir ilacı başkasına da önermektedir (36,44). Türk Silahlı Kuvvetleri'nde uçucular üzerine yapılan bir çalışmada % 41 oranında Uçucuların uçuş doktoruna danışmadan ilaç kullandıkları görülmektedir (45).

Yapılan çalışmalarda bireylerin eczaneden reçetesiz ilaç aldıkları ve kullandıkları belirlenmiştir. Hatta erişkinler bu davranışı sadece kendileri için değil çocukları dahil ailenin diğer bireyleri için de sergiledikleri tespit edilmiştir (29,36).

İlaç ve Promosyon

İlacın aynı zamanda kar getiren ticari bir ürün olma özelliği, pazarlama yöntemleri olarak tanıtım ve promosyon çalışmalarını da beraberinde getirmektedir. İlaç kullanımında ve tüketiminin belirlenmesinde hekimlerin belirleyici bir yerinin olması nedeniyle, pazar ekonomisi kuralları çerçevesinde tercihlerini etkilemeye yönelik olarak, ilaç şirketleri tanıtım ve promosyon çalışmalarını hekimler üzerinde

yoğunlaştırmıştır. İlaç şirketlerinin promosyon çalışmalarında, hekimlere bilgi ve hediye aktarımı iki temel özelliktir. İlaç sektöründe promosyon penisilin'den sonra tetrasiklinlerin üretilmesinden sonra başladı ve 2 ayda 500 bin dolar promosyon harcamasına karşılık şirket 4 yılda antibiyotik piyasasının % 25'ini ele geçirdi (18,20). Bu durum ilaç sektöründe promosyonun yerleşimini ve gelişmesini teşvik etti. Tıbbi temsilcilerin, basit kalem ve küçük hediyelerden, yurt dışı gezilerine, tanıtım yemeklerinden, ilaç numunelerine kadar değişen şekil ve boyutlardaki promosyon-tanıtım çalışmaları değişik yönleri ile tartışılmaya başlanmıştır (14,46). Promosyonun hekimlere ve sağlık sektörüne yönelik pek çok yararı olduğu sanılsa da, buzdağının altında kalan ve dolaylı olarak ödenen zararları mevcuttur (14).

İlaç şirketlerinin promosyon faaliyetlerinin maliyeti, ülkeden ülkeye değişmekle birlikte, ilaç harcamalarının % 15'i gibi büyük oranlara ulaşabilmektedir. Birçok ilaç şirketi en az araştırma ve geliştirme (AR-GE) çalışmaları kadar promosyon harcamaları yapmaktadır. İlaç şirketleri promosyon ile ilgili araştırmaları, ilaç fiyatlarına yansıtarak esasen hastaların parasıyla ve onların bilgisi olmadan harcama yapmaktadırlar (14,18,46,47). Promosyon çalışmalarının en önemli kısmı tıbbi temsilciler aracılığı ile yapılmaktadır. Bazı ülkelerde her 3 hekime bir tıbbi temsilci düşecek kadar çok sayıda olabilmektedir. Hekimlerin % 80-95'i düzenli olarak tıbbi temsilci görmektedir (14,46). İlacı üretenler ve satanların en önemli amacı yaptıkları işten kar elde etmektir. Bu konudaki şirketler arası rekabet hekimleri etkilemeye yönelik olmakta ve promosyonun ticari yönünü de ortaya koymaktadır. Ülkemizde bir devlet hastanesinde günde 30 reçete yazan bir hekim ayda maaşının 25 katı ilaç satışını, 2.5 katı kadar da ilaç şirketleri ve eczanelerin kar etmesini sağlamaktadır (20).

Dünyanın en iyi pazar araştırma sistemlerine sahip olan ilaç şirketleri hediye olgusunun anlamını pazarlama açısından çok iyi bilmekte ve kendi personelinin küçük hediyeleri bile kabul etmesini sınırlamaktadır (48).

Promosyon çalışmalarının "bilgi aktarımı" yönü ele alındığında hekimlerin mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim yetersizliklerinden kaynaklanan bilgi eksikliğini kapatmaya yönelik çalışmalara, ilaç şirketlerinin talip olduğu görülmektedir (14,49). Tıbbi temsilciler aracılığı ile yürütülen çalışmalarda sağlanan bilgiler hekimlerin ilaçlarla ilgili bilgilenmesinde % 58'lere varan oranda temel kaynak durumundadır. İlaç

şirketlerinin yeni ilaçlar açısından bilgi kaynağı olması ise bazı araştırmalara göre % 80' i geçmektedir (14). Hekimin piyasadaki binlerce ilaç arasından seçim yapma zorluğu ve bilgi gereksinimi nedeni ile promosyonun bu bilgiyi tamamladığı söylense de ilaç şirketlerinin gerçek amacı ilaçlarını sattırabilmektir.

Diğer yandan ilaç şirketleri tarafından verilen bilgilerin ne ölçüde bilimsel gerçeklere yakın ya da ticari kaygılardan ne kadar uzak sorularının yanıtı da tartışılmaktadır. Her ilacın benzerlerinden üstün olduğunu gösteren en az bir bilimsel makaleyi, o ilacı çıkaran şirket istediğiniz anda size getirebilmektedir. Ancak ilaç şirketlerinin makalelerini bilimsel bulmayan yanlı olduğunu gösteren pek çok çalışma mevcuttur (14,50). İlaç şirketlerinin desteklediği çalışmalarda 4 kat daha fazla oranda sponsor firma lehine sonuçlar çıkmaktadır (50). Bilimsel araştırmaların finansmanından kaynaklanan bu tür sorunlar hem ruhsat almadan önce, hem de ruhsat alınmasından sonra ilaçların istenmeyen etkilerinin gereken düzeyde incelenmesinde eksikliklere yol açmaktadır. 2000 yılında Lancet gibi prestijli bir dergide, ciddi ve istenmeyen etkileri olmadığı belirtilerek yayınlanan ve ilaç şirketi tarafından destekli bir araştırmanın konusu olan ilaç, ölümlere varan olumsuz sonuçları nedeni ile bir yıldan kısa bir zamanda piyasadan geri çekilmek zorunda kalmıştır (51). Deneme aşamasında iken görülen, ciddi olumsuzlukları ve yan etkileri önemsemeyen ABD ilaç ve Gıda dairesi (FDA), bu olay üzerine Lancet baş editörü tarafından "ilaç şirketlerinin uşağı" şeklinde eleştirilmiştir. ABD'de bu tür sorunlar nedeni ile istenmeyen ilaç reaksiyonlarına bağlı ölümler görülmektedir (14,51,52).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada hekimler büyük oranda ilaçlar konusunda bilgilerini yetersiz görürken, yarısından fazlası da reçetelerini şekillendiren en önemli etken olarak ilaç şirketlerini görmektedir (49). Türkiye ilaç endüstrisi İşverenler Sendikasının 1993 yılı raporuna göre, ülkemizde hekimlerin % 58 'i yeni ilaçlarla ilgili bilgileri ilaç firmalarından almaktadır. Başka çalışmalarda bu oran % 70' lerdedir (53). Günümüzde promosyon çalışmaları doğrudan veya dolaylı olarak değişik klinik dallarda sürekli tıp eğitimi etkinlikleri ile iç içe geçmiş durumdadır. Bir kongre katılım ücretinin veya seyahat giderinin karşılanması bu konuda en sık karşılaşılan durumdur. Hekimin gönderilmesinde reçetenin gücü ön plandadır. Bu alanda diğer bir yöntem ise rutin yapılan ilaç tanıtım çalışmalarına ek olarak, "hipertansiyon tedavisinde yenilikler", "ağrı kontrolü", "depresyonda son gelişmeler" şeklinde düzenlenen ve bazen alanında

tanınmış hekimlerin konuşmacı olarak katıldığı toplantıların gündeme gelmesidir. Bu yöntem yıpranmış rutin tıbbi temsilci tanıtımlarına göre daha fazla etkili olmaktadır. Ancak bilimsel ve tarafsız kaynaklı olduğu söylenen bu tür konferansların maliyeti de yüksek olmakta, konuşmacılara çok yüksek ücretler verilmektedir (42,46). Yapılan bazı araştırmalar promosyon harcamalarına yatırılan her 1 doların tıbbi temsilcilerin çalışmasında 1.72 dolar, toplantı etkinliklerinde 3.56 dolar, tıbbi dergi ilanlarında 5 dolar ortalama satış artışı olarak ilaç şirketlerine geri döndüğünü göstermektedir (46).

Günümüzde tıp çok hızlı gelişmekte ve birçok bilgi ve yöntem kısa sürede eskimektedir. Çok iyi eğitim alsalar dahi hekimlerin bilgilerinin yarılanma süresinin 5 yıldan daha az olduğu belirtilmektedir. Tıp eğitimi sırasında verilen ilaç bilgisi daha çok klinik ve teorik ağırlıklıdır ve hekimler mezuniyet öncesi piyasada satılan ilaçları büyük oranda bilmeden eğitimlerini tamamlamaktadır. Diğer yandan bir çok ülkede tıp eğitimi ve mezuniyet sonrası sürekli tıp eğitimine ayrılan kaynaklar, ilaç şirketlerinin promosyon harcamalarından daha azdır (14,18). Diğer ülkelere göre daha iyi durumda olan İngiltere'de bile kamu kaynaklı bağımsız ilaç bilgisi harcamaları, promosyon harcamalarını 50'de birine denk gelmektedir. Yine aynı ülkede ilaç şirketlerinin bir hekime meslek hayatı boyunca ayırdıkları parasal kaynağın, o hekimin tıp fakültesi eğitiminin maliyetinden daha fazla olduğu hesaplanmaktadır (18,46). Oysa hekimlerin ticari kaygılardan uzak, bilimsel ilaç bilgisine ve sürekli tıp eğitimine olan gereksinimleri büyük boyutlardadır ve bu eğitim eksikliğinin kapatılmasına ilaç şirketlerinin talip olması çelişkidir (14). Ayrıca bu eğitim eksikliğini hekimlerin kişisel sorunu olarak görmek ve sadece onların sorumluluğuna bırakmak doğru değildir. Ülkemizde ilaç alanında hekimlerin bilgilenmelerine ve eğitimlerine yönelik ciddi ve sistemli çalışmayı, amaçları ticari nitelikler taşısa da sadece ilaç şirketleri yapmaktadır (18).

Türkiye'de ilaç endüstrisinde çalışan kişi sayısı yaklaşık 15 bindir. Oysa ilaç tanıtımında çalışan temsilci sayısı yaklaşık 5 bin kişi (% 35'i) kadardır. İlaç şirketlerinin, sadece sayıları bu kadar fazla görülen tıbbi temsilci ve personelinin ücretleri ve çalışmalarının maliyeti göz önüne alındığında bile yıllık olarak yaklaşık 200 milyon doları bulan promosyon harcaması söz konusudur (14,18,46). Bu miktar ülkemizdeki koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaktan, Sağlık Bakanlığı yatırım harcamalarından, AÇSAP Genel Müdürlüğü bütçesinde, Sağlık Eğitimi Genel

Müdürlüğü bütçelerinden daha fazladır (14,54). Hekimlerin mezuniyet sonrası eğitimlerine destek olan dergi ve süreli yayınlar bile ilaç şirketlerinden aldıkları destekle mali ihtiyaçlarını karşılayabilmektedirler.

Promosyona yönelik belli düzenleme ve sınırlamalar getirilmesine ilişkin ulusal ve uluslar arası düzeyde kurallar özellikle 1980'lerden sonra artmıştır.Uluslararası İlaç İşverenleri Birliğinden, DSÖ'ne kadar bir çok kuruluşun bu konuda yayınladıkları kurallar vardır. Ayrıca değişik hekim örgütleri bu alana yönelik kurallar yayınlamıştır (14). DSÖ'nün "ilaç tanıtımının etik kriterleri"nde genel olarak şu kriterler belirtilmiştir: "Promosyon güvenilir, kesin, gerçek, bilgilendirici, dengeli ve yenilenmiş bilgiye dayalı olmalıdır. Tanıtım malzemeleri yanlış ve yönlendirici olmamalıdır. Konu hakkındaki bilimsel verilere herkes tarafından ulaşılabilinmelidir. Bilimsel ve eğitimsel etkinlikler, tanıtım amaçlı kullanılmamalıdır. Tıbbi temsilciler uygun bir eğitime sahip olmalıdır. İlaç şirketleri bu eğitimi sağlamakla görevlidir. Bu eğitim, DSÖ etik kriterlerini içermelidir. Tıbbi temsilciler hekimlere her ürün hakkında tam ve tarafsız bilgi vermelidir. Tanıtım numuneleri genel olarak istek üzerine ve belli miktarda verilmelidir. Bilimsel toplantılarda sponsor şirket önceden ve toplantı sırasında açıklanmalıdır (18,55).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 1990 yılında çıkarılan, 2002'de değiştirilip, 2003 yılında yenilenen bu alana ilişkin bir yönetmeliği bulunmaktadır. Ayrıca ilaç ve kimya endüstrisi işverenler sendikası'nın "Tıbbi İlaç Tanıtım Kılavuzu" 1990 yılında yayımlanmıştır. Türk Tabipler Birliğinin "Hekim ve İlaç Tanıtım ilkeleri" mevcuttur. Benzer içerikte kuralların olduğu bu düzenlemeler 25 yıldır uygulanmaya çalışılsa da pratikte yeterli bir etki oluşturamamaktadır (46,56,57). Genel olarak devletlerin bir çoğunda promosyona yönelik bir yasal uygulama yoktur veya hayata geçmemektedir. Buna karşın artan sınırlamalar ve kurallarla promosyon konusunda yaşanan etik sorunların azaldığı da söylenememektedir.

İlaçlar arasında etki yönünden eşitlik söz konusu olduğunda fiyatlara göre değerlendirme, akılcı ilaç kullanımında toplam tedavi maliyeti açısından önemlidir. Ancak hem ülkemizde hem de başka ülkelerde yapılan araştırmalar, hekimlerin ilaç fiyatları konusunda çok yetersiz bilgiye sahip olduklarını göstermektedir. Ülkemizde hekimlerin genel olarak ilaç ve tedavinin sosyo-ekonomik boyutu ile ilgili yeterli

düzeyde bilgilendirilmedikleri, hekim duyarlılığının da yeterli düzeyde olmadığı söylenebilir. İzmir'de ilaç tanıtımı yapan tıbbi temsilcilerle yapılan bir çalışmada ilaç firması temsilcilerinin % 87'sinin hekime veya hekimin çalıştığı kuruma sağladıkları olanakların hekimin ilaç seçimi üzerine olumlu bir etkisi olduğunu düşünmektedir. Temsilcilerin % 80'i ilaç seçimi üzerinde en etkili faktörün "hekimle iyi iletişim olması" olduğunu belirtmiştir.(53)

İlaç Sektörü

İlaç sektörü dünya genelinde sağlık hizmetleri ile ilgili olan yan sektörler içinde liberal kurallara göre işletilen veya işletilmeye çalışılan temel alanların başında gelmektedir. Günümüzde ilaç endüstrisi, uluslar arası boyut kazanmış büyük bir endüstri durumuna gelmiştir. Reçeteli ilaç satışları açısından bakıldığında dünya genelinde bu rakam 2001'de 364 milyar dolar civarındadır. Bu endüstri, gelişmiş ülkelerde kurulu olan ve ürünlerini bütün dünyada satan büyük ölçekli, çok uluslu şirketler tarafından kontrol edilmektedir. Bu gün ilk on şirket, elde edilen gelir açısından bakıldığında dünya ilaç pazarının neredeyse yarısına sahiptir. Bu şirketler etkin araştırma ve geliştirme (AR-GE) programları yürütmektedir ve büyük ölçüde, yeni geliştirilen ilaçların başarısına bağımlıdır. Bu şirketlerin kar düzeyleri patenti alınmış ilaçlara sahip olmalarına dayanır. Önde gelen şirketler, yeni geliştirdikleri ilaçları korumak ve bu ilaçlardan elde edecekleri potansiyel gelirleri maksimum düzeye çıkarmak için patent yasaları ve ticari markalardan yararlanmakta, pazarlamayı da yoğun bir şekilde kullanmaktadır (31,58).

Yüksek AR-GE harcamaları genelde, bu harcamaları yapma dereceleri farklı olsa da, lider şirketlerin ayırıcı özelliğidir. Bu kapsamda; etkin yeni maddelerin keşfi, yeni ilaçların geliştirilmesi ve deneyler yer almaktadır. İlk önce hayvanlar üzerinde, daha sonra insanlarda klinik olarak yapılan bu deney süreçleri çok uzundur. Bir ürüne yönelik laboratuar çalışmasının ilk gününden, ürünün kesin onayı ve ruhsatının alındığı ve pazarlanmaya başladığı güne kadar geçen süre 1950'lerde 2 yıl, 1960'larda 8.1 yıl iken, 1990'larda 14.2 yıla çıkmıştır. Şirketlerin yaptıkları bu AR-GE çalışmalarından doğan maliyeti tazmin etmelerine olanak tanımak için patentlere gereksinim olduğu öne sürülmüş ve patent süresi içinde (20 yıl) benzerinin yapılmasına izin verilmemiştir. Ancak bu gün AR-GE yatırımlarının çoğu, tamamen yeni ürünlerin geliştirilmesinden

çok, piyasada zaten mevcut olanlara benzer ürünler için kullanılmaktadır. Son zamanlarda yapılan bir çalışmada FDA'nın onayladığı yeni ürünlerin yaklaşık % 65' inin yeni ürün olmadığı, gerek kimyasal bileşim, dozaj ve kullanım ve gerekse uygulama yolu açısından mevcut ürünlerde katkı yapıcı değişiklikler ile piyasada zaten var olan etkin bileşenler olduğu saptanmıştır (19,58).

Bu gün ilaç adayı bir maddenin ruhsat alıp hastalarda kullanılabilmesi için, hangi aşamalarda, ne gibi deneylerden geçerek, nasıl değerlendirilmesi gerektiğini ayrıntılı bir şekilde belirleyen yasal düzenlemeler vardır ve sürekli yenilenmektedir. Başlangıçta sentez edilen binlerce ilaç adayı maddenin çoğu AR-GE sürecinin değişik basamaklarında elenir ve sonunda ve sonunda sadece bir veya birkaç madde ruhsat alabilerek insanlar üzerinde kullanılmasına izin verilir. Bu ilaca; özgün ilaç denir. Patent süresi bittikten sonra o ilacın benzeri/eşdeğeri yapılabilir. Bu şekilde yapılan ilaçlara ise jenerik ilaç denmektedir.(1,22,58) Bazı şirketler üretimlerinin çoğunu bu şekilde jenerik ilaçlara ayırmaktadır. Bu şirketler kimyasal formülü zaten oluşturulmuş olan ve kapsamlı bir deneye tabi tutulmayı gerektirmeyen ilaçları ürettiklerinden, lider şirketlerle aynı AR-GE harcamasını yapmak zorunda değillerdir.

Diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de ilaç sektörünün üretim kısmında özel sektör, tüketim boyutunda bir başka ifade ile ilaçların kullanımı ve satın alınması konumunda, kamu kesimi adına başta sosyal güvenlik kurumları olmak üzere ilgili diğer kamu kurumları yer almaktadır.

Ülkemiz ile ilgili profili değerlendirdiğimizde, İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) "Türkiye'de İlaç 2003-2002-2001" yayınları Türkiye ilaç endüstrisinin genel bir profilini göstermektedir. Türkiye'de 36' sı yabancı olmak üzere ilaç sektöründe 134 firma faaliyet göstermektedir. Türkiye'de 2002 yılı verilerine göre 3.316 ilaç çeşidi üretilmekte ve piyasaya 6.549 çeşit ilaç sunulmaktadır. 2002 yılında dünya ilaç pazarı % 8 büyüyerek 437 milyar $'a ulaşmıştır. Avrupa ilaç endüstrisi, dünya ilaç pazarının % 25,4' ünü, Türkiye ilaç sektörü ise Avrupa ilaç pazarının % 3' ünü oluşturmaktadır. Ülkemizde temel olarak doğrudan yabancı sermayeli firmalar ve çok uluslu firmalar ile patent anlaşmaları çerçevesinde imalat yapan yerli firmalar mevcuttur. Milli savunma bakanlığına ve SSK'ya bağlı iki ilaç fabrikasının haricinde, ilaç sektöründe kamuya ait kuruluş yoktur. 2002 yılında Türkiye ilaç pazarının

büyüklüğü üretici fiyatlarıyla 3,032 milyar $'a ulaşmıştır. 2002 yılında Türk ilaç endüstrisince gerçekleştirilen ihracatın % 51'i mamul ilaç ihracatına aittir. Türk ilaç endüstrisi 50'den fazla ülkeye ihracat yapmaktadır. Gerçekleştirilen ithalatın % 51' ini ise hammaddeler oluşturmaktadır (31).

İlaç Tüketimi

Gelişmiş ülkeler içerisinde ABD ve Japonya'nın özel bir yeri vardır. Dünya ilaç pazarının % 31 'ini ABD, % 29'unun Avrupa ülkeleri ve % 22'sini Japonya oluşturmaktadır. Dünya nüfusunun yaklaşık % 75'ini oluşturan az gelişmiş ülkeler, ilaç tüketiminin sadece % 20'sini oluşturmaktadır. Ancak az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kişi başına tüketilen ilaç miktarı gelişmiş ülkelerden az olmasına rağmen, bu ülkelerin milli gelirlerinin düşük olması nedeni ile harcamalarının Gayri safi Milli Hasıla (GSMH) içindeki oranı gelişmiş ülkelerden fazladır.

ABD'de nüfusun yaklaşık üçte biri düzenli olarak günde en az iki ilaç kullanmaktadır. Fransa'da ilaç tüketimi kişi başına yılda 49 kutudur. Gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler arasında tüketilen ilaç cinsi ile ilgili farklılıklar vardır. Antibiyotikler, analjezikler, vitaminler az gelişmiş ülkelerde daha fazla tüketilen gurubu oluştururken, gelişmiş ülkelerde ise psikotrop ilaçlar, kalp hastalıkları, antihipertansif ajanlar ve gastrointestinal sistem ilaçları ön sırada yer almaktadır (18,19).

Dünyanın en fakir 67 ülkesinin toplam sağlık harcaması gelişmiş ülkelerin trankilizan harcamalarının dahi altındadır. Afrika kıtası ülkeleri, Dünya ilaç tüketiminin ancak % 1.8'ine sahiptir. 500 milyondan fazla insan yaşayan Afrika kıtası, 25 milyon nüfuslu Kanada kadar ilaç tüketmemektedir. Bununla birlikte 1960-85 yılları arasında dünya genelinde ilaç tüketimi 15 kat artarken, gelişmekte olan ülkelerde 36 kat artmıştır. Bu artış oranı ilaç firmaları için dikkate alınan bir durumdur(18,19).

Gelişmekte olan yıllık ilaç harcamaları yaklaşık 10 dolar civarındadır. Gelişmiş ülkelerde ilaç harcamaları sağlık harcamalarının % 10' unu geçmezken bu oran gelişmekte olan ülkelerde % 40' a çıkmaktadır (18,19)

İlaç araştırmalarının yöneldiği araştırma alanları da daha çok kar getirme olasılığına göre belirlenmektedir. Ucuz olması ve kar getirmemesi nedeni ile yeni araştırmalar yapılmayan tüberküloz hastalığı, dirençli suşların gelişmesiyle artış

göstermiştir. AIDS araştırmalarında tedavi için ayrınla miktar % 90'lara ulaşırken, aşı ile ilgili çalışmalara ayrılan kaynak % 10 düzeyindedir (18,19).

Türkiye toplam sağlık harcamalarının büyük bir kısmını sosyal güvenlik kurumları tarafından gerçekleştirmektedir. Bu kurumların sağlık harcamalarının temel unsurunu ilaç harcamaları oluşturmaktadır. Emekli Sandığı ve Bağ-Kur üyelerinin tedavi için gerekli ilaçlarını kurum dışından geri ödeme esasına göre karşılamaktadır. SSK ise ilaç teminini kendi ilaç tesisinde ürettiği ilaçlar ve kurum dışından toplu ilaç alımları ile gerçekleştirmekte, bunları da kendi sağlık tesislerindeki eczaneler aracılığıyla dağıtmaktadır. Türkiye'de mevcut kamu sosyal güvenlik kuruluşlarının her üçü de ayaktan tedavide ilaç harcamalarının, çalışanlarda % 80' ini, emeklilerde ise % 90' ını geri ödemektedir. Hastalığın yaşamsal öneme sahip olduğu ve bunun bir raporla belgelendiği durumlarda, ilaç harcamalarının % 100' ü geri ödenmektedir. Yatan hastaların ilaç bedellerinin tamamı sosyal güvenlik kuruluşlarınca ödenmektedir (19).

Ülkemizde ilaç tüketimi az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle paralellik göstermektedir. Tüketilen ilaçların % 21 kadarını antibiyotikler oluşturmakta, % 15 kadarını analjezikler, % 9 kadarını anti-gripaller ve antitussifler oluşturmaktadır. Ülkemizde 1995 yılı itibarı ile 754 çeşit antibiyotik, 561 çeşit analjezik, 174 çeşit vitamin bulunmaktadır. Ülkemizde yazılan her 4 reçeteden üçünde antibiyotik bulunduğu tespit edilmiştir (19,20).

Dünya genelinde en çok tüketilen ilaç grubunun başında kalp ve damar hastalıkları ilaçları gelmektedir. 2001 yılı verisine göre dünya ilaç tüketiminin % 19,3' ünü (Türkiye'de % 6,3) kardiyovasküler ilaç grubu, % 16,9' unu (Türkiye'de % 3,7) merkezi sinir sistemi ilaç grubu, % 15,3' ünü (Türkiye'de % 5,2) metabolizma ve sindirim sistemi ilaç grubu (ülser ilaçları), % 9,5' ünü (Türkiye'de % 8,4) solunum sistemi ilaç grubu ve % 8,9' unu (Türkiye'de % 18,1) antibiyotikler (anti enfeksiyon ilaçları) oluşturmaktadır (19). Dünyada en çok tüketilen 5 ilaç grubu dünya tüketiminin yaklaşık % 70'ini oluşturmaktadır. Türkiye sağlık sektöründe ise dünyada en çok tüketilen 5 ilaç grubu ülke tüketiminin yaklaşık % 40'ını oluşturmaktadır. 1999 yılından bu yana Türkiye sağlık sektöründe antibiyotik ve soğuk algınlığı ilaçlarının tüketimlerinde duraklama olmuş, buna karşılık romatizma, sinir sistemi, kalp ve damar hastalıkları ilaçları tüketiminde artışlar yaşanmıştır (19)

Türkiye'de ilaç ve tıbbi araç gereç sanayi büyük oranda dışa bağımlıdır. Aşırı dışa bağımlılık ülkemizde ilaç tüketiminde ekonomik davranışı zorunlu kılan temel faktörlerin başında gelmektedir. Ülke sağlık politikalarından beklenen gereksiz ilaç kullanımını önlemesi, akılcı ilaç kullanım stratejilerini geliştirmesidir. Sağlık sektöründe koruyucu sağlık hizmetlerinden daha çok, tedavi edici sağlık hizmetlerine kaynak aktarmak, ilaç başta olmak üzere tıbbi araç, gereç ve malzemelerin yoğun bir şekilde kullanılmasına neden olmaktadır. Günümüz Türkiye sağlık sisteminde, insanlar çok basit hastalıkların tedavisi için dahi çok ileri düzeyde sağlık bakımı sunan hastanelere doğrudan başvurma eğilimindedir. Bir başka ifade ile etkili bir hasta sevk zinciri uygulanamadığından eğitim hastaneleri başta olmak üzere üçüncü basamak sağlık kurumlarında hekimler bazen gereksiz reçeteler yazabilmektedir. Ülkemiz de ilaç harcamalarının Avrupa ülkelerine oranla çok düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Ancak sağlık sektörüne ayrılan kıt kaynakların yarıya yakın kısmının da tedavide sadece bir unsur veya araç olan ilaca gitmesi ülke sağlık politikacılarının ve ekonomistlerin ivedelikle ele alması gereken bir konudur.

GEREÇ YÖNTEM

1. Araştırmanın Tipi ve Yeri

Çalışma, Erzurum il merkezinde çalışan pratisyen hekimler ve erişkin nüfusun akılcı ilaç kullanım boyutlarını ve etkileyen faktörleri saptamak amacı ile planlanmış olup kesitsel tipte ve durum saptamaya yönelik tanımlayıcı bir araştırmadır.

2. Araştırmanın Evreni ve Örneklem :

Çalışmanın evreni iki gruptan oluşmaktadır. Birinci grupta Erzurum il merkezinde 1. ve 2. basamak sağlık kurumlarında (Sağlık ocakları, Numune Hastanesi, 112 Servisi, Göğüs hastalıkları Hastanesi, Verem Savaş Dispanseri, Nene Hatun Kadın Doğum Hastanesi, AÇSAP Merkezi) çalışan pratisyen hekimler bulunmaktadır. Örneklem grubu olarak uzman hekimler değilde, pratisyen hekimlerin seçilmesinin temel nedeni, hasta ile en fazla ve genelde ilk karşılaşan grup olması ve yine bu hekimlerin reçeteleme davranışlarının hastanın daha sonra başvuracağı hekimlerin tedavi davranışlarını da etkilemeleridir (35). Aynı zamanda olası irrasyonel ilaç kullanımının saptanması durumunda, planlanacak hizmet içi eğitim programlarının uygulanması ve takip edilmesinin daha kolay olması pratisyen hekimlerin bu tür çalışmalara dahil edilmesinin bir diğer tercih nedeni olarak belirtilmektedir.

İkinci grubun evrenini ise Erzurum il merkezi sağlık ocağı bölgelerinde yaşayan 20 yaş ve üzeri nüfus oluşturmaktadır. Bir toplumda ilaç kullanım konusunda yapılmış herhangi bir araştırma yoksa örneklem sayısının 420 olmasının yeterli olacağı DSÖ tarafından belirtilmiştir (59) Araştırmanın güvenilirliğini arttırmak amacı ile örneklem sayısı 500 olarak belirlenmiştir. İl merkezinde toplam 12 sağlık ocağından % 50 örneklem ile farklı sosyoekonomik düzeylere sahip 6 sağlık ocağı seçilmiştir.

Seçilen sağlık ocaklarındaki her mahalle bir küme olarak kabul edilip her bir mahalleden nüfusa orantılı olarak örnekleme dahil edilecek 20 yaş ve üzeri kişi sayısı saptandı. Her bir mahalleye ait ev halkı tespit fişleri aracılığı ile bir aileden en fazla bir kişi olmak üzere sistematik, rasgele örnekleme metodu kullanılarak araştırma kapsamına alınan kişiler belirlenmiştir. Tespit edilen kişilere ulaşmak herhangi bir

nedenle mümkün olmaz ise en yakın evdeki 20 yaş ve üzeri kişilere yüz yüze görüşme metodu kullanılarak anket uygulanmıştır.

3. Veri Toplama Yöntemi :

DSÖ'nün önerisi üzerine rastgele seçilen iki sağlık biriminde yapılan pilot çalışmalar ile anket formundaki eksiklikler giderilip daha sonra veriler toplanmıştır. Çalışmanın birinci grubunun evrenini İl sağlık Müdürlüğü verilerine göre Erzurum il merkezinde çalışan toplam 157 pratisyen hekim oluşturmuştur.

Tüm veriler araştırmacı ve araştırmacının eğittiği bir hekim tarafından toplanmıştır. DSÖ'nün ortalama muayene süresi ile ilgili önerileri doğrultusunda anket formu hekimlere dağıtılmadan önce, ilgili sağlık kuruluşunda 10 hasta muayenesi gözlenerek ortalama muayene süresi saptanmıştır (60).

Objektif bilgiye ulaşabilmek ve kişisel kaygıları ortadan kaldırmak amacı ile hekimlere çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Daha sonra hekimlerin kendilerinin yanıtladığı, akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve tutumları ile reçete yazımını etkileyen faktörlerin belirlenmesini amaçlayan 21 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır (EK 1). Hekimlerin anket sorularına verecekleri yanıtların diğer hekimlerce etkilenmemesi amacı ile veri toplama süreci oldukça hızlı yapılmış ve 16 - 25 Ocak 2005 tarihleri arasında hekimlere ait tüm veriler toplanmıştır.

Çalışmanın ikinci grubunu oluşturan 20 yaş üzeri kişilere de araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, sosyodemografik özelliklerini, bilinçsiz ve reçetesiz ilaç tüketimi ile ilgili 32 sorudan oluşan anket formu Şubat – Mayıs 2005 tarihleri arasında uygulanmıştır (EK 2).

4- Çalışmada Kullanılan Değişkenler

a) Hekimlere ait değişkenler

i) Bağımlı Değişkenler : Ortalama muayene süresi, ilaç fiyatlarını dikkate alma durumu, promosyon çalışmalarından etkilenme durumu ve akılcı ilaç kullanımını tanımlama durumu

ii) Bağımsız Değişkenler : Cinsiyet, çalışma süresi, çalışılan kurum, ortalama hasta sayısı, ilaç yazdırma talebi, ilaç konusunda bilgi düzeyini algılama, reçete yazımın şekillendiren faktörler, reçete yazımında kullanılan kriterler, başvurulan kaynaklar,

anamnez bilgilerini sorgulama, tanı ve tedaviye yönelik bazı davranışlar, eğitim programına katılma, , hastalıkla ilgili bilgi verme

b) 20 yaş üzeri kişilere ait değişkenler

i) Bağımlı Değişkenler : İlaç kullanım davranışı, rahatsızlık durumunda gösterilen ilk davranış şekli, bazı ilaç grupları ile ilgili bilgi düzeyi

ii)Bağımsız Değişkenler : Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, ortalama aylık gelir ve yaşamın büyük kısmının geçtiği yer,

5) Verilerin Analizi :

Anket formları araştırmacı tarafından değerlendirilip, veriler SPSS 11.0 programında bilgisayara yüklenmiş ve yine aynı programda analiz işlemleri yapılmıştır. X^2 testi, ANOVA, Kruskal Wallis, t testi, Kendall sıra korelasyonu ve Pearson korelasyon analizleri kullanılarak istatistiksel analiz uygulanmıştır.

6) Araştırmanın Sınırlılıkları : Araştırmaya alınan 157 hekimin 152'sine ulaşılmıştır (% 96.8). 157 hekimin 2'si (% 1.3) ankete katılmak istemediklerini belirtmişlerdir. Diğer 3 hekime (% 1.9) ulaşılamamasının nedeni ise, anket uygulamak üzere gidildiğinde izin durumu ve istirahat raporlu olma gibi nedenlerle yerlerinde bulunamamasıdır.

7) Çalışmada Kullanılan Bazı Terimlerin Açıklanması :

Biyoyaralanım : Damar yolu dışında (IM, oral vb.)verilen bir ilacın sistemik dolaşıma geçme hızı ve derecesidir.

Biyeşdeğerlilik : Farmasötik açıdan eşdeğer iki müstahzarın, aynı dozda verilişinden sonra biyoyararlanımlarının ve teropatik etkilerinin hem etkililik hem de güvenlik bakımından aynı olmasını sağlayacak derecede benzer olmasıdır.

İlacın Güvenliliği : İlacın plazmadaki konsantrasyonunun, minumum etki konsanrasyonu ile maxsimum toksik doz aralığında bulunmasıdır.

Reçete Yazımını Şekillendiren Faktörlerin Önem Derecesi : Hekimlerden reçete yazımını şekillendiren faktörleri 1'den 6'ya kadar sıralandırmaları istenmiştir. Önem derecesine göre 1.ve 2. sırada belirtilenler en önemli, 3. ve 4. sırada belirtilenler önemli, 5. ve 6. sırada belirtilenler en az önemli olarak gruplandırılmıştır.

Reçete yazımında başvurulan kaynakların sıklık sırası: Hekimlerin reçete yazımında bir sorun ile karşılaşıldığında başvurdukları kaynakları sıklık sırasına göre 1'den 6'ya kadar sıralandırmaları istenmiştir. Sıklık sırasına göre; 1.ve 2. sırada belirtilenler her zaman, 3. ve 4. sırada belirtilenler bazen, 5. ve 6. sırada belirtilenler en az sıklıkta olarak gruplandırılmıştır.

Ortalama Aylık Gelir : Veri toplama dönemindeki ortalama asgari ücret olan 350 YTL baz olarak alınarak en düşük ekonomik düzey belirlenmiştir (61). Yine asgari ücret ile veri toplama dönemindeki ortalama 4 kişilik bir aile için belirtilen açlık sınırı olan 530 YTL arasındaki gelire sahip olanlar ikinci ekonomik düzey grubunu oluşturmuştur (61). Ortalama aylık geliri 530 – 1000 YTL arasında olan grup üçüncü grubu, 1000 YTL ve üzeri gelir düzeyine sahip olanlar ise dördüncü ekonomik düzey grubunu oluşturmuştur.

BULGULAR

Bulgular ve tartışma bölümü pratisyen hekimlere ve 20 yaş üzeri kişilere ait olmak üzere iki temel grupta incelendi.

A- Hekimlere Ait Bulgular :

Çalışmaya dahil edilen pratisyen hekimlerin % 53.3'ünün erkek, % 46.7'sinin kadın olduğu ve ortalama çalışma süresinin 6.31 ± 3.5 yıl olup, % 17.8'inin 10 yıl ve üzerinde çalışma süresine sahip oldukları belirlendi. Hekimlerin % 65.8'i birinci basamakta, % 34.2'si ikinci basamakta çalışmakta idi. Hekimlerin %15.1'i günde ortalama 30'un altında hasta muayene ettiğini belirtirken, 90 ve üzeri hasta muayene eden hekim oranı % 21.1 olarak idi. Ortalama muayene süresi 8.24 ± 4.7 dakika olup hekimlerin % 12.5'inin hastalara ortalama 1- 4 dakika zaman ayırdıkları ve % 15.8'inin ise ortalama 15 dakika ve üzerinde zaman ayırdıkları belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1 : Erzurum İl Merkezinde Çalışan Pratisyen Hekimlerin Bazı Özelliklerinin Dağlımı

Özellikler	**Sayı**	**Yüzde**
Cinsiyet		
Erkek	81	53.3
Kadın	71	46.7
Çalışılan Kurum		
1. Basamak	100	65.8
2. Basamak	52	34.2
Hizmet Süresi		
3 yıl ve altı	37	24.3
4-6 yıl	50	32.9
7-9 yıl	38	25.0
10 yıl ve ↑	27	17.8
Günlük Ortalama Hasta Sayısı		
30'un ↓	23	15.1
30-59	57	37.5
60-89	40	26.3
90 ve ↑	32	21.1
Ortalama Muayene Süresi		
1-4 dakika	19	12.5
5-9 dakika	62	40.8
10-14 dakika	47	30.9
15 dakika ve ↑	24	15.8
Toplam	**152**	**100.0**

Tablo 2 de hekimlerin mezuniyet sonrasında ilaçlarla ilgili eğitim alma durumları ve alınan eğitim türleri incelendiğinde, hekimlerin % 77.0 'ı bu konu üzerine eğitime katıldıklarını belirtmişlerdi. Eğitim alanların % 53.0'ı sadece ilaç firması etkinliklerine katıldıklarını, % 17.9'u ilaç firması ve beraberinde hizmet içi eğitim programına katıldıklarını belirtmişlerdi.

Tablo 2 : Hekimlerin Mezuniyet Sonrası İlaçlarla İlgili Eğitim Programına Katılma Durumu ve Eğitim Program Türlerinin Dağılımı

İlaçlarla ilgili eğitim alma durumu	**Sayı**	**Yüzde**
Evet	117	77.0
Hayır	35	33.0
İlaçlarla ilgili alınan eğitim türleri		
İlaç firması etkinliği	62	53.0
İlaç firması etkinliği + Hizmet içi eğitim	21	17.9
İlaç firması etkinliği + Üniversitelerin etkinliği	18	15.4
İlaç firması etkinliği + hizmet içi eğitim + Üniversitelerin etkinliği	12	10.3
Diğer	4	3.4

Tablo 3'te çalışmaya katılan hekimlerin akılcı ilaç kullanımı ile ilgili kendi bilgi düzeylerini algılama durumları incelendi. Hekimlerin % 66.9 'u ilacın endikasyonu hakkındaki bilgilerini yeterli görmekte iken, aynı oran günlük doz konusunda % 61.8, kontrendikasyonları hakkında % 41.7, etki mekanizmasında % 39.5 ve uygulama şeklinde % 63.2 olarak saptandı.

Çalışmaya katılan hekimlerin ancak % 15.1'i biyoyararlanım, % 16.4'ü biyoeşdeğerlilik, % 16.4'ü fiyat, % 18.4'ü ise ilaç etkileşimleri konusunda kendilerini yeterli görmüşlerdi.

Tablo 3 : Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Konusunda Bilgi Düzeylerini Algılama Durumu

Bilgi Düzeyini Algılama Durumu	Sayı	Yüzde
Endikasyonlar		
Yeterli	101	66.9
Kısmen yeterli	37	24.5
Yetersiz	13	8.6
Günlük doz		
Yeterli	94	61.8
Kısmen yeterli	41	27.0
Yetersiz	16	10.5
Kontrendikasyonlar		
Yeterli	63	41.7
Kısmen yeterli	65	43.1
Yetersiz	23	15.2
Yan etkiler		
Yeterli	48	31.8
Kısmen yeterli	64	42.4
Yetersiz	39	25.8
İlaç etkileşimleri		
Yeterli	28	18.4
Kısmen yeterli	72	47.4
Yetersiz	51	33.6
Biyoyararlanım		
Yeterli	23	15.1
Kısmen yeterli	73	48.0
Yetersiz	55	36.2
Biyoeşdeğerlilik		
Yeterli	25	16.4
Kısmen yeterli	66	43.4
Yetersiz	60	39.5
Etki mekanizması		
Yeterli	60	39.5
Kısmen yeterli	59	38.8
Yetersiz	32	21.1
Uygulama şekli		
Yeterli	96	63.2
Kısmen yeterli	31	20.4
Yetersiz	24	15.8
Fiyat		
Yeterli	25	16.4
Kısmen yeterli	71	46.7
Yetersiz	55	36.2
TOPLAM	151 *	100.0

* : 1 Hekim bilgi düzeyini algılama durumunu belirtmemiştir.

Hekimlere reçete yazmalarını şekillendiren faktörleri önem derecesine göre sıralamaları istendiğinde, mezuniyet sonrası okuma (% 50.7) ve ilaç firması tanıtım çalışmaları (% 40.1) ilk sıralarda yer alan en önemli faktörler olarak göze çarpmakta idi. Yine hekimlerin sadece % 13.2'si hizmet içi eğitim programlarını ve % 24.3'ü meslektaşlarına danışmayı reçete yazımını şekillendiren en önemli faktör olarak bildirdi. En az önemli faktör olarak ise farmakoloji dersleri (% 49.4) gelirken, bu faktörü meslektaşlarına danışma (% 36.2) ve hizmet içi eğitim programları (% 42.1) izlemekte idi (Tablo 4).

Tablo 4 : Hekimlerin Reçete Yazımını Şekillendiren Faktörlerin Önem Derecesi Dağılımı

Faktörler	**En önemli**		**Önemli**		**En az önemli**		**Toplam**	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
Mezuniyet sonrası okuma	77	50.7	48	31.6	27	17.8	152	100.0
İlaç firması tanıtımları	61	40.1	46	30.3	45	29.6	152	100.0
Klinik stajlarda görülen reçeteler	57	37.5	60	39.5	35	23.0	152	100.0
Farmakoloji Dersi	52	34.2	25	16.5	75	49.4	152	100.0
Meslektaşa danışma	37	24.3	60	39.5	55	36.2	152	100.0
Hizmet içi eğitim	20	13.2	68	44.8	64	42.1	152	100.0

Araştırmaya katılan hekimlerin reçete yazarken en önemli kriter olarak ilk sırada % 66.4 ile ilacın etkinliği ve % 51.3 ile ilacın güvenliği yer aldığı bulundu. En az önemli görülen kriterler ise geniş endikasyon, farmasötik formun uygunluğu ve ilacın fiyatı olarak saptandı (Tablo 5).

Diğer kriterler ise çok yüksek oranlarda en az önemli kriterler arasında yer almışlardı.Yine hekimlerce en az önemli üç kriterin sırasıyla; % 72.1 ile geniş endikasyon,% 68.4 ile farmasötik formun uygunluğu ve % 57.2 ile ilacın güvenliliği olduğu belirlendi (Tablo 5).

Tablo 5 : Reçete Yazarken Hekimlerin Kullandıkları Kriterlerin Önem Derecesinin Dağılımı

Kullanılan Kriterler	En önemli		Önemli		En az önemli		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İlacın Etkinliği	101	66.4	36	23.7	15	9.9	152	100.0
İlacın Güvenliliği	78	51.3	63	41.5	11	57.2	152	100.0
İlacın Uygunluğu	36	23.7	74	48.7	42	27.6	152	100.0
Yüksek Biyoyararlılık	34	22.4	44	28.9	74	48.7	152	100.0
İlacın Fiyatı	24	15.8	29	19.1	99	65.1	152	100.0
Geniş Endikasyon	22	14.5	20	13.2	110	72.1	152	100.0
İlaç Formu Uygunluğu	9	5.9	39	25.7	104	68.4	152	100.0

Çalışmaya katılan hekimlerin reçete yazarken herhangi bir sorunla karşılaştıklarında, en sık % 73.7 ile ilaç rehberlerine, % 48.7 ile tıbbi kitaplara, % 33.6 ile ilaç firması tanıtım dokümanlarına baş vurdukları belirlendi (Tablo 6). Reçete yazımı ile ilgili bir sorunla karşılaşıldığında hekimlerin nadiren başvurdukları kaynakların başında; bilimsel yayınlar (% 55.3) gelmekte iken,uzman hekim görüşü (% 39.5) en seyrek olarak başvurulan ikinci kaynaktı (Tablo 6).

Tablo 6 : Reçete Yazımı İle İlgili Bir Sorunla Karşılaşıldığında Hekimlerin Başvurdukları Kaynakların Sıklık Derecesine Göre Dağılımı

Başvurulan Kaynaklar	En Sık		Sık		Nadiren		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İlaç Rehberi	112	73.7	30	19.7	10	6.6	152	100.0
Tıp Kitapları	74	48.7	58	38.2	20	13.2	152	100.0
İlaç Firması Tanıtımı	51	33.6	50	32.9	51	33.6	152	100.0
Uzman Hekim	29	19.1	63	41.4	60	39.5	152	100.0
Meslektaş Görüşü	24	15.8	49	32.2	79	52.0	152	100.0
Bilimsel Yayınlar	14	9.2	54	35.5	84	55.3	152	100.0

Hastaların ilaç yazdırmayı talep etme durumu ve talep edilen ilaç gruplarının dağılımı incelendiğinde, hekimlerin % 91.4'ünün ilaç yazdırma talebi ile karşılaştıkları belirlendi (Tablo 7). Talep edilen ilaç gurupları incelendiğinde ağrı kesicilerin tüm gruplara dahil olması nedeni ile en sık talep edilen ilaç olduğu (% 82.8) belirlendi. Antibiyotiklerin ise dört ilaç grubu içerisinde yer almakta olup bu gruplar toplanıldığında antibiyotik talep etme oranının % 62.5 ile en sık talep edilen 2. ilaç olduğu saptandı. Üçüncü sıklıkta talep edilen ilacın ise 4 ilaç grubunda yer alan sindirim sistemi ilaçları (% 43.8) olduğu saptandı (Tablo 7).

Tablo 7 : Sürekli Kullanılan İlaçlar Dışında Hastaların İstedikleri İlacı Yazdırmayı Talep Etme Durumu ve Talep Edilen İlaç Gruplarının Dağılımı

İlaç yazdırma Talebi	**Sayı**	**Yüzde**
Evet	139	91.4
Hayır	13	8.6
Talep edilen ilaç grupları		
Ağrı Kesiciler	10	7.2
Ağrı Kesici + Antibiyotik	29	20.9
Ağrı Kesici + Sindirim sis. ilaçları	6	4.3
Ağrı Kesiciler + Romatizmal ilaçlar	6	4.3
Ağrı Kesiciler + Vitaminler	7	5.0
Ağrı Kesici + Antibiyotik + Sindirim sis. ilacı	19	13.7
Ağrı Kesiciler + Antibiyotikler + Vitaminler	15	10.8
Ağrı Kesici + Sindirim sis.ilacı + Romatizmal ilaç	11	7.9
Tüm İlaçlar	24	17.3
Diğer ilaçlar	12	8.6

Pratisyen hekimlerin ortalama muayene süresi 8.24 ±4.7 dakika olup, erkek hekimlerin ortalama muayene süresinin 7.15 ± 4.2 dakika ve bayan hekimlerin ise 9.48 ± 5.1 dakika olduğu ve Student's t testi sonuçlarına göre farkın önemli olduğu saptandı (Tablo 8). Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin hastalarına ortalama 7.84 ± 4.2 dakika ayırdıkları, 2. basamakta çalışan hekimlerin ise 9.00 ± 5.7 dakika ayırdıkları tespit edildi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu (Tablo 8)..

Günlük ortalama hasta sayısı 30 ve daha az olduğunda ortalama muayene süresi 12.26 ± 5.5 dakika iken, poliklinik sayısı 90 ve üzerine çıktığında bu sürenin 4. 59 ± 2.1 dakikaya düştüğü ve aradaki farkın Kruskal Wallis varyans analizine göre önemli olduğu saptandı ($p < 0.001$). Yine Pearson Korelasyon analizine göre günde ortalama muayene edilen ortalama hasta sayısı ile hasta başına ayrılan ortalama muayene süresi arasında negatif yönde önemli ilişki saptanmıştır ($r = -0.476$, $p < 0.001$).

Tablo 8 : Hekimlerin Bazı Özelliklere Göre Ortalama Muayene Süresinin Dağılımı

Bazı özellikler	**Ortalama Muayene Süresi (dk)**	**İstatistiksel Sonuç**
Cinsiyet		**Student's t testi**
Erkek	7.15 ± 4.2	t = 3.08
Kız	9.48 ± 5.1	p < 0.05
Hizmet Süresi		**Kruskal Wallis**
3 yıl ve ↓	8.89 ± 4.7	
4-6 yıl	7.44 ± 4.3	$X^2 = 2.43$
7-9 yıl	8.50 ± 5.3	p > 0.05
10 yıl ve ↑	8.44 ± 4.9	
Çalışılan Kurum		**Student's t testi**
1. Basamak	7.84 ± 4.2	t = 1.42
2. Basamak	9.00 ± 5.7	p < 0.05
Günlük Ort. Hasta Sayısı		**Kruskal Wallis**
30 ve ↓	12.26 ± 5.5	
30-59	9.18 ± 4.7	$X^2 = 42.45$
60-89	7.50 ± 3.7	p < 0.001
90 ve ↑	4.59 ± 2.1	

Çalışmaya katılan hekimlerin, muayene ettikleri hastalardan aldıkları anamnez bilgilerini ve bu bilgileri sorgulamanın muayene süresi ile olan ilgisi incelendiğinde, her zaman sorguladıkları anamnez bilgilerinin sırasıyla; kullanılan ilaçlar (% 59.9), kronik bir hastalığın varlığı (% 59.9), hastanın yaşı (% 57.9) gebelik durumu (% 56.6) ve satın alma gücünün (% 55.9) olduğu belirlendi. Karaciğer hastalığını (% 27.0) ve böbrek hastalığını (% 28.9) her zaman sorgulamanın ise daha düşük oranlarda olduğu belirlendi (Tablo 9).

Her zaman hastanın kullandığı ilaçları sorgulayan hekimlerin ortalama muayene süresi 9.19 ± 5.2 dakika iken hiçbir zaman bu anamnez bilgisini sorgulamayan hekimlerin ortalama muayene süresi 5.80 ± 2.3 dakika olup aradaki farkın Kruskal Wallis varyans analizine göre önemli olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Yapılan ANOVA varyans analizine göre anamnez sırasında karaciğer ve böbrek hastalığını her zaman sorgulayan hekimlerin ortalama muayene sürelerinin, bu hastalıkları hiçbir zaman sorgulamayan hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu tespit edildi ($p <0.001$).

Anamnez sırasında kronik bir hastalığın varlığını sorgulayan hekimlerin ortalama muayene sürelerinin de, sorgulamayan hekimlere göre önemli düzeyde yüksek olduğu Kruskal Wallis varyans analizi ile saptandı (Tablo 9, $p < 0.05$).

Gebelik durumunu her zaman sorgulayan hekimlerin ortalama muayene süresi 9.63±5.2 dakika iken, hiçbir zaman sorgulamayan hekimlerin ortalama muayene süresi 6.45±3.2 dakika olup aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu ($p<0.001$).

Tablo 9 : Sorgulanan Anamnez Bilgilerine Göre Ortalama Muayene Süresinin Dağılımı

Sorgulanan Anamnez Bilgileri	Sayı	Yüzde	Ort. Muayene Süresi (dk)	İstatistiksel Sonuç
Kullanılan ilaçlar				**Kruskal Wallis**
Her zaman	91	59.9	9.19 ± 5.2	$X^2 = 7.95$
Bazen	51	33.5	7.02 ± 3.7	$p < 0.05$
Hiçbir zaman	10	6.6	5.80 ± 2.3	
Karaciğer hastalığı varlığı				**ANOVA**
Her zaman	41	27.0	10.54 ± 5.5	F = 9.31
Bazen	81	53.3	7.93 ± 4.4	$p < 0.001$
Hiçbir zaman	30	19.7	5.93 ± 2.9	
Böbrek hastalığı varlığı				**ANOVA**
Her zaman	44	28.9	10.89 ± 5.5	F =13.47
Bazen	76	50.0	7.76 ± 4.2	$p < 0.001$
Hiçbir zaman	32	21.1	5.72 ± 2.7	
Kronik hastalık varlığı				**Kruskal Wallis**
Her zaman	91	59.9	9.23 ± 5.3	$X^2 = 6.37$
Bazen	49	32.2	6.78 ± 3.5	$p < 0.05$
Hiçbir zaman	12	7.9	6.67 ± 2.5	
Gebelik durumu				**Kruskal Wallis**
Her zaman	86	56.6	9.63 ± 5.2	$X^2 = 16.25$
Bazen	46	30.2	6.41 ± 3.6	$p < 0.001$
Hiçbir zaman	20	13.2	6.45 ± 3.2	
Yaş				**Kruskal Wallis**
Her zaman	88	57.9	8.45 ± 5.2	$X^2 = 0.73$
Bazen	41	27.0	8.34 ± 4.3	$p > 0.05$
Hiçbir zaman	23	15.1	7.22 ± 3.5	
Sosyal güvence				**Kruskal Wallis**
Her zaman	83	54.6	8.27 ± 4.8	$X^2 = 0.26$
Bazen	58	38.2	7.97 ± 4.3	$p > 0.05$
Hiçbir zaman	11	7.2	9.45 ± 6.5	
Satın alma gücü				**Kruskal Wallis**
Her zaman	85	55.9	8.11 ± 4.7	$X^2 = 5.19$
Bazen	59	38.8	7.85 ± 4.4	$p > 0.05$
Hiçbir zaman	8	5.3	12.50 ± 5.9	

Hastalara verilen ilaç bilgisine göre ortalama muayene süreleri araştırıldığında, her zaman verilen ilaç bilgisi olarak ilacın uygulama şekli, günlük dozu ve nasıl kullanılacağı bilgisi en yüksek oranlarda tespit edildi (Tablo 10). Her zaman ilacın uygulama şeklini açıklayan hekim oranı % 61.8 iken, ilacın günlük dozunu belirten hekim oranı % 73.0 idi (Tablo 10). Hastanın ilacı nasıl kullanacağı konusunda her zaman bilgi verme oranı ise % 70.4 olup tedavi süresinin her zaman sorgulanma oranı ise % 51.3 olduğu tespit edilmiştir. Hekimler tarafından ilacın adı, etkisi, yan etkisi ve fiyatı konularında her zamana bilgi verilme oranı ise daha düşük düzeyde idi.

İlacın uygulama şeklini hastalara her zaman anlatan hekimlerin ortalama muayene süresi 9. 49 ± 5.2 dakika olarak belirlenirken, hiçbir zaman anlatmayan hekimlerin ortalama muayene süresi 4.78 ± 0.6 dakika idi ve Kruskal Wallis varyans analizine göre aradaki farkın önemli olduğu saptandı ($p < 0.001$).

Yapılan Kruskal Wallis varyans analizine göre ilacın günlük dozu, nasıl kullanılacağı ve tedavi süresi konusunda her zaman bilgi veren hekimlerin ortalama muayene süresi, hiçbir zaman bu konularda bilgi vermeyen hekimlere göre istatistiksel olarak yüksekti ($p < 0.05$). İlacın etkisini her zaman açıklayan hekimlerde ortalama muayene süresi 10.87 ± 5.5 dakika olarak bulunurken, hiçbir zaman ilacın etkisini açıklamayan hekimlerde bu süre 7.18 ± 3.7 dakika idi ve ANOVA varyans analizine göre aradaki fark istatistiksel olarak önemli idi (Tablo 10, $p < 0.001$).

Tablo 10 : Hastalara Verilen İlaç Bilgilerine Göre Ortalama Muayene Süresinin Dağılımı

Verilen İlaç Bilgileri	Sayı	Yüzde	Ort. Muayene Süresi (dk)	İstatistiksel Sonuç
İlacın Adı				**ANOVA**
Her zaman	30	19.7	10.20 ± 4.7	F = 3.75
Bazen	50	32.9	8.26 ± 5.2	p < 0.05
Hiçbir zaman	72	47.4	7.40 ± 4.2	
Uygulama Şekli				**Kruskal Wallis**
Her zaman	94	61.8	9.49 ± 5.2	X^2 = 17.06
Bazen	49	32.2	6.47 ± 3.1	p < 0.001
Hiçbir zaman	9	5.9	4.78 ± 0.6	
Günlük Doz				**Kruskal Wallis**
Her zaman	111	73.0	8.86 ± 5.1	X^2 =6.02
Bazen	33	21.7	6.81 ± 3.1	p < 0.05
Hiçbir zaman	8	5.3	5.38 ± 1.9	
Nasıl Kullanılacağı				**Kruskal Wallis**
Her zaman	107	70.4	9.03 ± 5.1	X^2 = 10.36
Bazen	38	25.0	6.58 ± 3.1	p < 0.05
Hiçbir zaman	7	4.6	5.14 ± 2.3	
Tedavi Süresi				**Kruskal Wallis**
Her zaman	78	51.3	9.67 ± 5.4	X^2 = 11.79
Bazen	50	32.9	6.70 ± 3.7	p < 0.05
Hiçbir zaman	24	15.8	6.79 ± 2.5	
İlacın Etkisi				**ANOVA**
Her zaman	39	25.7	10.87 ± 5.5	F = 8.81
Bazen	75	49.3	7.40 ± 4.3	p < 0.001
Hiçbir zaman	38	25.0	7.18 ± 3.7	
İlacın Yan Etkisi				**Kruskal Wallis**
Her zaman	35	23.0	10.51 ± 5.5	X^2= 9.52
Bazen	90	59.2	7.64 ± 4.6	p < 0.05
Hiçbir zaman	27	17.8	7.26 ± 3.0	
İlacın Fiyatı				**Kruskal Wallis**
Her zaman	16	10.5	8.25 ± 4.1	X^2 = 0.29
Bazen	84	55.3	8.46 ± 5.0	p > 0.05
Hiçbir zaman	52	34.2	7.87 ± 4.5	

Çalışmaya katılan hekimlerin hastaların tanısını koyarken % 64.5 oranında her zaman laboratuar tetkiki istedikleri, % 45.4 oranında hastalara her zaman hastalıkları ile ilgili bilgi verdikleri belirlendi (Tablo 11). Bazen bilgi veren hekim oranının %39.5 ve ancak hasta sorduğunda bilgi verenlerin ise % 15.1 oranında olduğu saptandı.

Çalışmaya katılan hekimlerin % 40.1'inin verdikleri ilaç bilgilerini yeterli gördükleri ve % 18.4'ünün ise yetersiz gördüklerini belirtmişlerdir. Hekimlerin % 30.3 'ü her zaman hasta isteği üzerine ilaç yazdıklarını, sadece % 19.7 'sinin hiçbir zaman hasta isteği ilaç yazmadıkları tespit edildi.

Her zaman hastalık hakkında bilgi veren hekimlerde ortalama muayene süresi 9.77 ± 5.5 dakika iken, ancak hasta sorduğunda bilgi veren hekimlerin ortalama muayene süresi 6.04 ± 3.6 olarak bulunduğu ve Kruskal Wallis varyans analizine göre farkın önemli olduğu bulundu ($p < 0.05$).

Verdiği ilaç bilgisini yeterli gören hekimlerin ortalama muayene süresi 10.39 ± 5.6 iken, yetersiz gören hekimlerin ortalama muayene süresi 5.18 ±2.2 idi ve farkın önemli olduğu saptandı ($p < 0.05$, Tablo 11). ANOVA varyans analizine göre hasta isteği ile her zaman ilaç yazan hekimlerin ortalama muayene süresinin, diğer gruplardaki hekimlerin ortalama muayene sürelerinden önemli düzeyde farklı olmadığı bulundu ($p > 0.05$, Tablo 11).

Tablo 11 : Hekimlerin Tanı ve Tedaviye Yönelik Bazı Davranışlarına Göre Ortalama Muayene Süresinin Dağılımı

Bazı değişkenler	Sayı	Yüzde	Ort. Muayene Süresi (dk)	İstatistiksel Sonuç
Laboratuar tetkiki isteme				**Student's t testi**
Her zaman	98	64.5	8.58 ± 5.0	t =1.19
Bazen	54	35.5	7.61 ± 4.4	p > 0.05
Hastalık hakkında bilgi verme				**Kruskal Wallis**
Her zaman	69	45.4	9.77 ± 5.5	X^2 = 12.11
Bazen	60	39.5	7.32 ± 3.7	
Hasta sorduğunda	23	15.1	6.04 ± 3.6	p < 0.05
Verdiği ilaç bilgisini Yeterli görme durumu				**Kruskal Wallis**
Yeterli	61	40.1	10.39 ± 5.6	X^2 = 23.99
Bazen yeterli	63	41.4	7.51 ± 3.8	
Yetersiz	28	18.4	5.18 ± 2.2	p < 0.001
Hasta isteği ile ilaç yazımı				**ANOVA**
Her zaman	46	30.3	7.04 ± 3.2	F = 2.45
Bazen	76	50.0	9.00 ± 5.4	
Hiçbir zaman	30	19.7	8.13 ± 4.7	p > 0.05

Hizmet süresi gözetilmeden reçete yazımında ilaç fiyatını dikkate alan pratisyen hekim oranı % 64.5 olarak bulundu (Tablo 12) . Hekimlerin hizmet sürelerine göre reçete yazarken ilaç fiyatlarını dikkate alma durumu incelendiğinde ise , 3 yıl ve daha az süre çalışmış hekimlerin % 73.0 oranında ilaç fiyatlarına dikkat ederken benzer şekilde 10 yıl ve üzeri hizmet süresine sahip hekimlerin % 74.1' i ilaç fiyatlarına dikkat etmekte idi. Çalışma süresine göre ilaç fiyatlarını dikkate alma durumu açısından pratisyen hekimler açısından fark olmadığı tespit edildi (Tablo 12).

Tablo 12 : Hekimlerin Çalışma Sürelerine Göre İlaç Fiyatlarını Dikkate Alma Durumu

İlaç Fiyatlarını Dikkate Alma Durumu						
Hekimlerin	**Evet**		**Bazen**		**Toplam**	
Hizmet Süresi	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
3 yıl ve ↓	27	73.0	10	27.0	37	100.0
4-6 yıl	26	52.0	24	48.0	56	100.0
7-9 yıl	25	65.8	13	34.2	38	100.0
10 yıl ve ↑	20	74.1	7	25.9	27	100.0
TOPLAM	98	64.5	54	35.5	152	100.0

$X^2 = 5.68 \quad p > 0.05$

Reçete yazımında ilaç firması temsilcilerinin promosyon çalışmalarından etkilendiğini belirten hekim oranı % 61.2 iken, bazen etkilenen hekim oranı % 29.6 ve etkilenmediğini belirten hekim oranı % 9.2 olarak tespit edildi (Tablo 13). 3 yıl ve daha az süre çalışan hekimlerin % 73.0'ı ilaç firması temsilcilerinin promosyon çalışmalarından etkilendiklerini belirtirken, 10 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip hekimlerde bu oran % 44.4'e düşmekte idi. Çalışma süresi arttıkça promosyondan etkilenme durumunun anlamlı derecede azaldığı belirlendi ($p < 0.05$).

Tablo 13 : Hekimlerin Hizmet Sürelerine Göre Reçete Yazımında İlaç Firması Temsilcilerinin Promosyon Çalışmalarından Etkilenme Durumunun Dağılımı

Promosyon Çalışmalarından Etkilenme Durumu								
Hekimlerin Hizmet Süresi	**Etkiliyor**		**Bazen**		**Etkilemiyor**		**Toplam**	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
3 yıl ve↓	27	73.0	9	24.3	1	2.7	37	24.3
4-6 yıl	34	68.0	12	24.0	4	8.0	50	32.9
7-9 yıl	20	52.6	13	34.2	5	13.2	38	25.0
10 yıl ve ↑	12	44.4	11	40.7	4	14.8	27	17.8
TOPLAM	93	61.2	45	29.6	14	9.2	152	100.0

$X^2= 8.53 \quad p < 0.05$

Akılcı ilaç kullanımını hekimlerin sadece % 18.4 'ü doğru şekilde tanımlamıştır 10 yıl ve üzeri hizmet süresine sahip olan hekimlerin akılcı ilaç kullanımını doğru tanımlama yüzdesi, 3 yıl ve daha az çalışan hekimlerin doğru yanıt yüzdesinin 3 katından fazla bulundu (Tablo 14). Akılcı ilaç kullanımını doğru tanımlama durumu çalışma süresine göre önemli düzeyde farklı idi ve bu farklılığın 10 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olan gruptan kaynaklandığı tespit edildi ($p<0.05$).

Tablo 14 : Hekimleri Hizmet Sürelerine Göre Akılcı İlaç Kullanımını Tanımlama Durumu

Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı								
Hekimlerin Hizmet Süresi	**Doğru**		**Eksik**		**Yanlış**		**Toplam**	
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**
3 yıl ve ↓	5	13.5	11	29.7	21	56.7	37	100.0
4-6 yıl	6	12.0	19	38.0	25	50.0	50	100.0
7-9 yıl	5	13.2	16	42.1	17	44.7	38	100.0
10 yıl ve ↑	12	44.4	9	33.3	6	22.2	27	100.0
TOPLAM	28	18.4	55	36.2	69	45.4	152	100.0

$X^2= 15.38 \quad p < 0.05$

Günlük hasta sayısı 30'un altında olan hekimlerde her zaman bilgi verme oranı % 69.6 olarak belirlenirken, 90 ve üzerinde hasta sayısına sahip olan hekimlerde bu oran % 28.1 idi (Tablo 15). Günlük hasta sayısı arttıkça her zaman bilgi verme yüzdesinin istatistiksel olarak anlamlı şekilde azaldığı saptandı

Ancak hasta sorduğu zaman hastalıkla ilgili bilgi verme durumu incelendiğinde ise, 30'un altında günlük hasta sayısına sahip olan hekimlerin % 8.7'si ancak hasta sorduğunda hastalık hakkında bilgi verirken, 90 ve üzeri hasta sayısına sahip olan hekimlerde bu oran % 28.1 olarak belirlendi (Tablo 15).

Tablo 15 : Bir Günde Ortalama Muayene Edilen Hasta Sayısına Göre Hekimlerin Hastalık Hakkında Bilgi Verme Durumunun Dağılımı.

Hastalıkla İlgili Bilgi Verme Durumu								
Günlük Hasta Sayısı	**Her Zaman**		**Bazen**		**Hasta Sorarsa**		**Toplam**	
	Sayı (n)	**Yüzde %**	**Sayı (n)**	**Yüzde %**	**Sayı (n)**	**Yüzde %**	**Sayı (n)**	**Yüzde %**
0-29 hasta	16	69.6	5	21.7	2	8.7	23	100.0
30-59 hasta	32	56.1	25	43.9	0	0.0	57	100.0
60-89 hasta	12	30.0	16	40.0	12	30.0	40	100.0
90 ve üzeri	9	28.1	14	43.8	9	28.1	32	100.0
TOPLAM	69	45.4	60	39.5	23	15.1	152	100.0

$X^2 = 29.53 \quad p < 0.001$

B- 20 yaş üzeri katılımcılara ait bulgular :

Çalışmaya katılanların 234'ü (% 46.8) erkek, 266'sı (% 53.2) bayan olup yaş ortalaması 39.93 ± 14.0 idi. Katılımcıların % 59.8'i evli, % 25.6'sı bekar idi. Yaş gruplarına göre, % 29.2'si 20 – 39 yaş grubunda, % 21.8'i 40-49 yaş grubunda idi. Araştırma kapsamına alınan kişilerin % 6.2'si okur yazar değil, %11.2'si yüksekokul mezunu idi. En çok yaşanılan yerleşim birimi il (% 54.0) ve ilçe (% 24.6) olarak tespit edildi. Aylık gelirleri incelendiğinde % 32.2'si 350 – 529 YTL arasında gelire sahip iken, 350 YTL ve altında gelire sahip olanların oranı %13.6 idi (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların Bazı Sosyodemografik Özelliklere Göre Dağılımları

Sosyodemografik Özellikler	**Sayı**	**Yüzde**
Cinsiyet		
Erkek	234	46.8
Kadın	266	53.2
Medeni Durum		
Evli	299	59.8
Bekâr	128	25.6
Dul	63	12.6
Boşanmış	10	2.0
Yaş Grubu		
20-29	146	29.2
30-39	127	25.4
40-49	109	21.8
50-59	62	12.4
60 ve ↑	56	11.2
Eğitim Durumu		
Okur yazar değil	31	6.2
İlkokul	159	31.8
Ortaokul	124	24.8
Lise	130	26.0
Yüksekokul	56	11.2
Yaşamın Çoğunun Geçtiği Yer		
İl	270	54.0
İlçe	123	24.6
Belde	39	7.8
Köy	68	13.6
Aylık Gelir (YTL)		
350 ↓	68	13.6
350 -529	161	32.2
530 – 999	201	40.2
1000 ve ↑	69	13.0
Toplam	**500**	**100.0**

Evde yedek ilaç olarak bulunduranların oranı % 73.4 olarak bulundu. Katılımcıların sadece % 21.8 'inin eczaneden reçetesiz olarak ilaç almadıklarını belirtmişlerdi (Tablo 2) . Reçetesiz alınan ilaç grupları incelendiğinde, üç grupta da yer alan ağrı kesicilerin toplam oranı % 74.5 olup ilk sırada yer alırken, ikinci sırada antibiyotikler (% 27.4) yer almakta idi. Katılımcıların % 15.3'ü çevredekilerin tavsiyesine göre ve % 14.3'ü kendi bilgileri ile ilaç aldıklarını belirtmişlerdi. (Tablo 2)

Tablo 2 : Evde Yedek İlaç Bulundurma, Reçetesiz İlaç Alımı Ve İlaç Seçimi Davranışları

İLAÇ ALIMI VE SEÇİMİ	**Sayı**	**Yüzde**
Evde Yedek İlaç Bulundurma		
Evet	367	73.4
Hayır	133	26.6
Eczaneden reçetesiz ilaç alımı		
Evet	193	38.6
Bazen	198	39.6
Hayır	109	21.8
TOPLAM	**500**	**100.0**
Reçetesiz alınan ilaç grupları		
Ağrı kesici	184	47.1
Antibiyotik	58	14.9
Ağrı kesici + vitamin	58	14.9
Ağrı kesici + antibiyotik	49	12.5
Vitamin	18	4.6
Sindirim sistemi ilaçları	17	4.3
Diğer	7	1.7
TOPLAM	**391**	**100.0**
Reçetesiz ilaç seçimi		
Doktorun önceden reçete ettiği ilaçlar	223	57.1
Çevredekilerin tavsiyesi	60	15.3
Kendi bilgilerine dayanarak	56	14.3
Doktor harici sağlık personeli önerisi	52	13.3
TOPLAM	**391**	**100.0**

Katılımcıların rahatsızlandıklarında müracaat ettikleri sağlık kurumlarında kendilerine reçete edilen ilaçlar hakkındaki bilgilendirilme durumları incelenmiş ve % 31'inin bilgilendirildiği, % 42.6'sının ise bilgilendirilmediği bulundu. Hangi konularda bilgilendirilmek istedikleri sorulduğunda ise % 17.3'ü ilacın etkisi ve yan etkisi hakkında, % 14'ü tedavi süresi hakkında, % 10.8'i ilacın uygulama şekli ve etkisi hakkında bilgilendirilmek istedikleri belirlendi (Tablo 3).

Tablo 3 : Katılımcıların Sağlık Kurumlarında Reçete Edilen İlaçların Kullanımı Hakkında Bilgilendirilme Durumu Ve Açıklanma Yapılması İstenilen Konular

	Sayı	**Yüzde**
Bilgilendirilme Durumu		
Evet	155	31.0
Bazen	132	26.4
Hayır	213	42.6
Açıklama İstenilen konular		
Etkisi + yan etkisi	37	17.3
Tedavi süresi	30	14.0
Uygulama şekli + ilaç etkisi	23	10.8
Etkisi	21	9.8
Uygulama şekli	20	9.3
Fiyatı	19	8.9
Tedavi süresi + ilaç etkisi	19	8.9
Yan etkisi	17	7.9
İlacın adı	11	5.1
Diğer	16	7.5
TOPLAM	**213**	**100.0**

Sıklıkla reçetesiz ilaç alanların aylık gelir düzeyleri ortalama 574 YTL iken hiç almayanların ortalama gelir düzeyleri 740 YTL olarak bulundu (Tablo 4). Zamanında ilaç alanların % 43.8 oranında olduğu ve bu grubun ortalama aylık gelirinin 771 YTL olduğu, zamanında almayanların ise ortalama aylık gelirlerinin 602 YTL ile daha düşük düzeyde olduğu tespit edildi. Katılımcılara rahatsızlandıklarında ilk olarak ne yaptıkları sorulduğunda, % 63.5 ile ilk sırada önce evde var olan ilaçları kullandıkları ve sadece % 25inin ise ilk olarak doktora gittikleri belirlendi. Öncelikle doktora müracaat edenlerin ortalama gelir düzeyi 724 YTL ile diğerlerinde yüksek olduğu görüldü (Tablo 4).

Tablo 4 : Ortalama Aylık Gelire Göre Bazı İlaç Kullanım Davranışlarının Dağılımı

Bazı değişkenler	**Sayı**	**Yüzde**	**Ort. Aylık Gelir**	**İstatistiksel Sonuç**
Eczaneden Reçetesiz İlaç Alma				**ANOVA**
Evet	193	38..6	574 ± 294	F = 4.96
Bazen	198	39.6	732 ± 672	p < 0.05
Hayır	109	21.8	740 ± 479	
İlaçları Zamanında Eczaneden Alma				**ANOVA**
Evet	219	43.8	771 ± 724	F = 6.18
Bazen	110	22.0	588 ± 351	p < 0.05
Hayır	171	34.2	602 ± 379	
Rahatsızlanıldığında Yapılan İlk İşlem *				**Kruskal Wallis**
Evdeki İlacı Kullanma	310	63.5	654 ± 370	$X^2 = 18.27$
Komşudan İlaç Alma	22	4.5	475 ± 230	p < 0.001
Eczaneden İlaç Alma	34	7.0	528 ± 231	
Doktora Gitme	122	25.0	724 ± 404	

• : Diğer cevabı veren 12 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.

İlacı zamanında alma, ilacı önerilen sıklıkta kullanma ve ilacı önerilen dozda kullanma oranları % 40 ile % 45 arasında değişmekte olup cinsiyetler arasında fark yoktu (Tablo 5 A, p> 0.05). Erkeklerin % 32.9'u ilaçların son kullanım tarihine dikkat ederken bu oran kadınlarda % 38.3 olup ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlendi. Başkalarına ilaç tavsiye etme oranı yaklaşık olarak eşit olup % 38.5 olarak saptandı (p > 0.05).

Tablo 5 A : Cinsiyete Göre Katılımcıların İlaç Kullanım Tutum ve Davranışlarının Dağılımı

İLAÇ KULLANIM TUTUM VE DAVRANIŞI İLE İSTATİS. SONUÇ	**CİNSİYET**	**DAVRANIŞ DURUMU**						**TOPLAM**	
		HER ZAMAN		**BAZEN**		**HAYIR**			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İlacı zamanında alma	Erkek	102	43.6	48	20.5	84	35.9	234	100.0
X^2 =0.81 p > 0.05	Kadın	117	44.0	62	23.3	87	32.7	266	100.0
İlacı önerilen sıklıkta kullanma	Erkek	107	45.7	48	20.5	79	33.8	234	100.0
X^2 =1.96 p > 0.05	Kadın	121	45.5	67	25.2	78	29.3	266	100.0
İlacı önerilen dozda kullanma	Erkek	98	41.9	49	20.9	87	37.2	234	100.0
X^2 =1.33 p > 0.05	Kadın	118	44.4	62	23.3	86	32.3	266	100.0
Son kullanım tari - hine dikkat etme	Erkek	77	32.9	39	16.7	118	50.4	234	100.0
X^2 =1.65 p > 0.05	Kadın	102	38.3	39	14.7	125	47.0	266	100.0
Aç veya tok alma önerisine uyma	Erkek	138	59.0	54	23.1	42	17.9	234	100.0
X^2 = 1.05 p > 0.05	Kadın	149	56.0	72	27.1	45	16.9	266	100.0
Başkalarına ilaç tavsiye etme	Erkek	90	38.5	74	31.6	70	29.9	234	100.0
X^2 = 3.24 p >0.05	Kadın	102	38.3	101	38.0	63	23.7	266	100.0

Erkeklerin başkalarına ilaç verme oranı % 29.5 iken kadınlarda bu oran daha yüksek olup % 36.8 olarak saptandı. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildi. Başkasının tavsiyesi ile ilaç kullanma, başkalarından ilaç alma ve eczaneden reçetesiz ilaç alma durumu açısından cinsiyetler arasında fark belirlenmedi (Tablo 5 B, $p > 0.05$). Benzer şekilde reçetede ağrı kesici, antibiyotik ve sindirim sistemi ilacı isteme durumu açısından cinsiyetler arasında önemli bir fark bulunamadı ($p > 0.05$).

Tablo 5 B : Cinsiyete Göre Katılımcıların İlaç Kullanım Tutum ve Davranışlarının Dağılımı

İLAÇ KULLANIM TUTUM VE DAVRANIŞI İLE İSTATİS. SONUÇ	**CİNSİYET**	**DAVRANIŞ DURUMU**						**TOPLAM**	
		HER ZAMAN		**BAZEN**		**HAYIR**			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Başkalarına ilaç verme	Erkek	69	29.5	90	38.5	75	32.1	234	100.0
$X^2 = 4.88$ $p > 0.05$	Kadın	98	36.8	104	39.1	64	24.1	266	100.0
Başkalarının tavsiyesi ile ilaç kullanma	Erkek	99	42.3	66	28.2	69	29.5	234	100.0
$X^2 = 2.18$ $p > 0.05$	Kadın	106	39.8	91	34.2	69	29.5	266	100.0
Başkalarından ilaç alma	Erkek	92	39.3	68	29.1	74	31.6	234	100.0
$X^2 = 0.92$ $p > 0.05$	Kadın	108	40.6	84	31.6	74	27.8	266	100.0
Eczaneden reçetesiz ilaç alma	Erkek	88	37.6	91	38.9	55	23.5	234	100.0
$X^2 = 0.75$ $p > 0.05$	Kadın	105	29.5	107	40.2	54	20.3	266	100.0
Reçetede ağrı kesici isteme	Erkek	135	57.7	66	28.2	33	14.1	234	100.0
$X^2 = 3.59$ $p > 0.05$	Kadın	172	64.7	69	25.9	25	9.4	266	100.0
Reçetede antibiyotik isteme	Erkek	66	28.2	71	30.3	97	41.5	234	100.0
$X^2 = 4.1$ $p > 0.05$	Kadın	90	34.0	88	33.2	87	32.8	266	100.0
Reçetede sindirim sistemi ilacı isteme	Erkek	54	23.1	62	26.5	118	50.4	234	100.0
$X^2 = 5.55$ $p > 0.05$	Kadın	77	29.1	82	30.9	106	40.0	266	100.0

İlacı zamanında alma, ilacı önerilen sıklıkta kullanma ve ilacı önerilen dozda kullanma durumuna göre yaş grupları arasında önemli bir fark saptanamadı ($p > 0.05$). İlacın son kullanma tarihine dikkat etme oranı 20-30 yaş grubunda % 42.1 iken 60 ve üzeri yaş grubunda bu oran % 19.6'ya düşmekte idi ve aradaki fark önemliydi ($p< 0.001$). Yine 20-39 yaş grubunda aç veya tok alma önerisine uyma oranı (% 63.0), 60 ve üzeri yaş grubundaki orandan (% 50.0) yüksek olup aradaki fark önemli olarak belirlendi ($p < 0.05$). Başkalarına ilaç tavsiye etme oranı yaşla birlikte önemli düzeyde artmakta idi (Tablo 6 A, $p< 0.05$).

Tablo 6 A : Yaş Gruplarına Göre İlaç Kullanım Tutum ve Davranışlarının Dağılımı

İLAÇ KULLANIM TUTUM VE DAVRANIŞI İLE İSTATİS. SONUÇ	**YAŞ GRUBU**	**DAVRANIŞ DURUMU**						**TOPLAM**	
		HER ZAMAN		**BAZEN**		**HAYIR**			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İlacı zamanında alma	20 – 39	118	43.2	61	22.3	94	34.4	273	100.0
	40 – 59	77	45.0	41	24.0	53	31.0	171	100.0
$X^2 = 3.67$ $p > 0.05$	60 ve ↑	24	42.9	8	14.3	24	42.9	56	100.0
İlacı önerilen sıklıkta kullanma	20 – 39	124	45.4	70	25.6	79	28.9	273	100.0
	40 – 59	76	44.4	39	22.8	56	32.7	171	100.0
$X^2 = 6.53$ $p > 0.05$	60 ve ↑	28	50.0	6	10.7	22	39.3	56	100.0
İlacı önerilen dozda kullanma	20 – 39	132	48.4	58	21.2	83	30.4	273	100.0
	40 – 59	67	39.2	40	23.4	64	37.4	171	100.0
$X^2 = 8.75$ $p > 0.05$	60 ve ↑	17	30.4	13	23.2	26	46.4	56	100.0
İlacın son kullanma tarihine dikkat etme	20 – 39	115	42.1	49	17.9	109	39.9	273	100.0
	40 – 59	53	31.0	26	15.2	92	53.8	171	100.0
$X^2 = 26.13$ $p <0.001$	60 ve ↑	11	19.6	3	5.4	42	75.0	56	100.0
Aç veya tok alma önerisine uyma	20 – 39	172	63.0	58	21.2	43	15.8	273	100.0
	40 – 59	87	50.9	55	32.2	29	17.0	171	100.0
$X^2 = 11.62$ $p < 0.05$	60 ve ↑	28	50.0	13	23.2	15	26.8	56	100.0
Başkalarına ilaç tavsiye etme	20 – 39	88	32.2	96	35.2	89	32.6	273	100.0
	40 – 59	75	43.9	60	35.1	36	21.1	171	100.0
$X^2 = 15.56$ $p < 0.05$	60 ve ↑	29	51.8	19	33.9	8	14.3	56	100.0

20-39 yaş grubunda başkalarına ilaç verme davranış oranı % 28.6 iken 60 ve üzeri yaş grubunda % 41.1 olup aradaki farkın önemli olduğu tespit edildi ($p < 0.05$). Başkasının tavsiyesi ile ilaç kullanma, başkalarından ilaç alma ve eczaneden reçetesiz ilaç alma ve reçetede sindirim sistemi ilaçları isteme durumu açısından yaş grupları arasında fark varken, reçetede ağrı kesici ve antibiyotik isteme durumu açısından fark yoktu (Tablo 6 B, $p > 0.05$).

Tablo 6 B : Yaş Gruplarına Göre İlaç Kullanım Tutum ve Davranışlarının Dağılımı

İLAÇ KULLANIM TUTUM VE DAVRANIŞI İLE İSTATİS. SONUÇ	**YAŞ GRUBU**	**DAVRANIŞ DURUMU**						**TOPLAM**	
		EVET		**BAZEN**		**HAYIR**			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Başkalarına ilaç verme	20 – 39	78	28.6	104	38.1	91	33.3	273	100.0
	40 – 59	66	38.6	64	37.4	42	24.0	171	100.0
$X^2 = 13.85$ $p < 0.05$	60 ve ↑	23	41.1	26	46.4	7	12.5	56	100.0
Başkasının tavsiyesi ile ilaç kullanma	20 – 39	92	33.7	100	36.6	81	29.7	273	100.0
	40 – 59	87	50.9	41	24.0	43	25.1	171	100.0
$X^2 = 14.45$ $p < 0.05$	60 ve ↑	26	46.4	16	28.6	14	25.0	56	100.0
Başkalarından ilaç alma	20 – 39	93	34.1	89	32.6	91	33.3	273	100.0
	40 – 59	81	47.4	45	29.3	45	26.3	171	100.0
$X^2 = 9.90$ $p < 0.05$	60 ve ↑	26	46.4	18	32.1	12	21.4	56	100.0
Eczaneden reçetesiz ilaç alma	20 – 39	89	32.6	120	44.0	64	23.4	273	100.0
	40 – 59	80	46.8	58	33.9	33	19.3	171	100.0
$X^2 = 9.52$ $p < 0.05$	60 ve ↑	24	42.9	20	35.7	12	21.4	56	100.0
Reçetede ağrı kesici isteme	20 – 39	160	58.6	78	28.6	35	12.8	273	100.0
	40 – 59	109	63.7	45	26.3	17	9.9	171	100.0
$X^2 = 2.59$ $p > 0.05$	60 ve ↑	38	67.9	12	21.4	6	10.7	56	100.0
Reçetede antibiyotik isteme	20 – 39	81	29.8	82	30.1	109	40.1	273	100.0
	40 – 59	57	33.3	60	35.1	54	31.6	171	100.0
$X^2 = 3.35$ $p > 0.05$	60 ve ↑	18	32.1	17	30.4	21	37.5	56	100.0
Reçetede sindirim sis. ilacı isteme	20 – 39	55	20.2	68	25.0	149	54.8	273	100.0
	40 – 59	44	25.7	63	36.8	64	37.4	171	100.0
$X^2 = 45.93$ $p < 0.001$	60 ve ↑	32	57.1	13	23.2	11	19.6	56	100.0

Okur yazar olmayan grubun ilacı zamanında alma oranı % 35.5 iken orta yüksek öğrenim mezunu grupta bu oran % 64.5 olarak belirlenip aradaki farkın önemli olduğu görüldü (Tablo 7A, $p < 0.001$). Orta ve yüksek öğrenim mezunu grubun, ilacı önerilen dozda kullanma aç veya tok alma önerisine uyma oranı, okur yazar olmayan grubun yaklaşık iki katı olup aradaki fark anlamlı idi ($p < 0.001$). Orta - yüksek öğrenim mezunu grubun son kullanma tarihine dikkat etme oranı okur yazar olmayan grubun yaklaşık beş katı olup aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptandı ($p < 0.001$). Okur yazar olmayan grubun başkalarına ilaç tavsiye etme oranı, orta yüksek öğrenim mezunu grubun üç katından fazla olup farkın önemli olduğu belirlendi. (Tablo 7 A, $p < 0.001$)

Tablo 7 A : Eğitim Düzeyine Göre İlaç Kullanım Tutum ve Davranışlarının Dağılımı

İLAÇ KULLANIM TUTUM VE DAVRANIŞI İLE İSTATİS. SONUÇ	**EĞİTİM DÜZEYİ**	**DAVRANIŞ DURUMU**						**TOPLAM**	
		EVET		**BAZEN**		**HAYIR**			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İlacı zamanında alma	Okuryazar değil	11	35.5	9	29.0	11	35.5	31	100.0
	İlköğrenim	88	31.1	65	23.0	130	45.9	283	100.0
$X^2 = 59.7$ $p < 0.001$	Orta-yüksek öğr.	120	64.5	36	19.4	30	16.1	186	100.0
İlacı önerilen sıklıkta kullanma	Okuryazar değil	14	45.2	8	25.8	9	28.0	31	100.0
	İlköğrenim	97	34.3	73	25.8	113	39.9	283	100.0
$X^2 = 39.0$ $p < 0.001$	Orta-yüksek öğr.	117	62.9	34	18.3	35	18.8	186	100.0
İlacı önerilen dozda kullanma	Okuryazar değil	10	32.3	8	25.8	13	41.9	31	100.0
	İlköğrenim	96	32.9	67	23.7	120	42.4	283	100.0
$X^2 = 33.2$ $p < 0.001$	Orta-yüksek öğr.	110	59.1	36	19.4	40	21.5	186	100.0
Son kullanım tarihine dikkat etme	Okuryazar değil	4	12.9	3	9.7	24	77.4	31	100.0
	İlköğrenim	58	20.5	45	15.9	180	63.6	283	100.0
$X^2 = 99.5$ $p < 0.001$	Orta-yüksek öğr.	117	62.9	30	16.1	39	21.0	186	100.0
Aç veya tok alma önerisine uyma	Okuryazar değil	12	38.7	11	35.5	8	25.8	31	100.0
	İlköğrenim	138	48.8	77	27.2	68	24.0	283	100.0
$X^2 = 40.0$ $p < 0.001$	Orta-yüksek öğr.	137	73.3	38	20.4	11	5.9	186	100.0
Başkalarına ilaç tavsiye etme	Okuryazar değil	18	58.1	7	22.6	6	19.4	31	100.0
	İlköğrenim	141	49.8	93	32.9	49	17.3	283	100.0
$X^2 = 62.8$ $p < 0.001$	Orta-yüksek öğr.	33	17.7	75	40.3	78	41.9	186	100.0

Okur yazar olmayan grubun başkalarına ilaç verme oranı % 54.8 iken bu oran orta – yüksek öğrenim mezunu grupta % 16.7 olarak belirlenip aradaki farkın önemli olduğu saptandı (Tablo 7 B, $p < 0.001$). Okur yazar olmayan grubun başkasının tavsiyesi ile ilaç kullanma ve başkalarından ilaç alma oranı, orta – yüksek öğretim mezunu grubun yaklaşık dört kadı idi ve aradaki fark istatistiksel açıdan önemli idi ($p < 0.05$). Yine okur yazar olmayan grubun eczaneden reçetesiz ilaç alma ve reçetede antibiyotik isteme oranı orta – yüksek öğrenim mezunu olan grubun iki katından daha fazla olup aradaki fark önemli idi (Tablo 7 B, $p < 0.001$).

Tablo 7 B : Eğitim Düzeyine Göre İlaç Kullanım Tutum ve Davranışlarının Dağılımı

TUTUM İLE DAVRANIŞ VE İSTATİS. SONUÇ	**EĞİTİM DÜZEYİ**	**DAVRANIŞ DURUMU**						**TOPLAM**	
		EVET		**BAZEN**		**HAYIR**			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Başkalarına ilaç verme	Okuryazar değil	17	54.8	11	35.5	3	9.7	31	100.0
	İlköğrenim	119	42.0	108	38.2	56	19.8	283	100.0
$X^2 = 52.1$ $p < 0.001$	Orta-yüksek öğr.	31	16.7	75	40.3	80	43.0	186	100.0
Başkasının tavsiyesi ile ilaç kullanma	Okuryazar değil	18	58.1	7	22.6	6	19.4	31	100.0
	İlköğrenim	156	55.1	75	26.5	52	18.4	283	100.0
$X^2 = 75.9$ $p < 0.001$	Orta-yüksek öğr.	31	16.7	75	40.3	80	43.0	186	100.0
Başkalarından ilaç alma	Okuryazar değil	19	61.3	7	22.6	5	16.1	31	100.0
	İlköğrenim	154	54.4	74	29.1	55	19.4	283	100.0
$X^2 = 85.9$ $p < 0.001$	Orta-yüksek öğr.	27	14.5	71	38.2	88	47.3	186	100.0
Eczaneden reçetesiz ilaç alma	Okuryazar değil	17	54.8	10	32.3	4	12.9	31	100.0
	İlköğrenim	133	47.0	110	38.9	40	14.1	283	100.0
$X^2 = 43.0$ $p < 0.001$	Orta-yüksek öğr.	43	23.1	78	41.9	65	34.9	186	100.0
Reçetede ağrı kesici isteme	Okuryazar değil	23	74.2	6	19.4	2	6.5	31	100.0
	İlköğrenim	197	69.6	66	23.3	20	7.1	283	100.0
$X^2 = 31.1$ $p < 0.001$	Orta-yüksek öğr.	87	49.8	63	33.9	36	19.4	186	100.0
Reçetede antibiyotik isteme	Okuryazar değil	14	45.2	9	29.0	8	25.8	31	100.0
	İlköğrenim	100	35.5	99	35.1	83	29.4	283	100.0
$X^2 = 24.1$ $p < 0.001$	Orta-yüksek öğr.	42	22.6	51	27.4	93	50.0	186	100.0
Reçetede sindirim sis. ilacı isteme	Okuryazar değil	17	54.8	12	38.7	2	6.5	31	100.0
	İlköğrenim	80	28.4	97	34.4	105	37.2	283	100.0
$X^2 = 52.5$ $p < 0.001$	Orta-yüksek öğr.	34	18.3	35	18.8	117	62.9	186	100.0

350 YTL ve altında aylık gelire sahip olan grupta ilacı zamanında alma oranı % 13.2 iken, 1000 YTL ve üzeri aylık gelire sahip grupta bu oran % 53.2 olup aradaki farkın önemli olduğu saptandı (Tablo 8 A). Aylık gelir düzeyinin artışına paralel olarak ilacı önerilen sıklıkta kullanma, ilacı önerilen dozda kullanma, son kullanma tarihine dikkat etme ve aç veya tok alma önerisine uyma oranı da önemli düzeyde artmakta idi ($p < 0.001$). Tam tersine başkalarına ilaç tavsiye etme oranı ise gelir düzeyine paralel olarak önemli düzeyde düşmekte idi (Tablo 8A, $p< 0,001$) .

Tablo 8 A : Aylık Gelir Gruplarına Göre İlaç Kullanım Tutum ve Davranışlarının Dağılımı

İLAÇ KULLANIM TUTUM – DAVRANIŞI VE İSTATİS. SONUÇ	**AYLIK GELİR (YTL)**	**DAVRANIŞ DURUMU**						**TOPLAM**	
		EVET		**BAZEN**		**HAYIR**			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
İlacı zamanında alma	350 ↓	9	13.2	23	33.8	36	52.9	68	100.0
	350-529	63	39.1	37	23.0	61	37.9	161	100.0
	530-999	107	53.2	36	17.9	58	28.9	201	100.0
$X^2 = 39.7$ $p < 0.001$	1000 - ↑	39	56.5	14	20.3	16	25.9	69	100.0
İlacı önerilen sıklıkta kullanma	350 ↓	22	32.4	26	38.2	20	29.4	68	100.0
	350-529	67	41.6	34	21.1	60	37.3	161	100.0
	530-999	100	49.8	43	21.4	58	28.9	201	100.0
$X^2 = 16.1$ $p < 0.05$	1000 - ↑	38	55.1	12	17.4	19	27.5	69	100.0
İlacı önerilen dozda kullanma	350 ↓	20	29.4	22	32.4	26	38.2	68	100.0
	350-529	64	39.8	31	19.3	66	41.0	161	100.0
	530-999	97	48.3	42	20.9	62	30.8	201	100.0
$X^2 = 13.1$ $p < 0.05$	1000 - ↑	34	49.3	16	23.2	19	27.5	69	100.0
Son kullanma tarihine dikkat etme	350 ↓	11	16.2	11	16.2	46	67.6	68	100.0
	350-529	41	25.0	21	12.4	99	62.1	161	100.0
	530-999	91	45.3	32	15.9	78	38.8	201	100.0
$X^2 = 45.6$ $p < 0.001$	1000 - ↑	35	50.7	15	21.7	19	27.5	69	100.0
Aç veya tok alma önerisine uyma	350 ↓	27	39.7	23	33.8	18	26.5	68	100.0
	350-529	81	50.3	45	28.0	35	21.7	161	100.0
	530-999	129	64.2	43	21.4	29	14.4	201	100.0
$X^2 = 22.9$ $p < 0.05$	1000 - ↑	49	71.0	15	21.7	5	7.2	69	100.0
Başkalarına ilaç tavsiye etme	350 ↓	34	50.0	15	22.1	19	27.9	68	100.0
	350-529	75	46.6	57	35.4	29	18.0	161	100.0
	530-999	69	34.3	66	32.8	66	32.8	201	100.0
$X^2 = 28.7$ $p < 0.001$	1000 - ↑	14	20.3	36	52.2	19	27.5	69	100.0

Aylık geliri 350 YTL'nin altında olanların başkalarına ilaç verme oranı % 25.0 iken, bu oran 530-999 YTL aylık gelire sahip olanlarda % 32.8 idi ($p < 0.05$). 350 YTL'nin altında gelire sahip olanlarda tavsiye üzerine ilaç kullanma ve başkalarından ilaç alma oranı 1000 YTL ve üzeri gelir grubunun yaklaşık 4 kati iken, diğer ilaç kullanım davranışlarında bu oran yaklaşık iki katı olarak belirlendi (Tablo 8 B).

Tablo 8 B : Aylık Gelir Gruplarına Göre İlaç Kullanım Tutum ve Davranışlarının Dağılımı

İlaç Kullanım Tutum - Davranışı ve İstatistiki Sonuç	**AYLIK GELİR (YTL)**	**DAVRANIŞ DURUMU**						**TOPLAM**	
		EVET		**BAZEN**		**HAYIR**			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Başkalarına ilaç verme $X^2 = 15.6$ $p < 0.05$	350 ↓	17	25.0	33	48.5	18	26.5	68	100.0
	350-529	68	42.2	60	37.3	33	20.5	161	100.0
	530-999	66	32.8	70	34.8	65	32.3	201	100.0
	1000 - ↑	16	23.2	31	44.9	22	31.9	69	100.0
Tavsiye üzerine ilaç kullanma $X^2 = 52.1$ $p < 0.001$	350 ↓	47	69.1	9	13.2	12	17.6	68	100.0
	350-529	78	48.4	50	31.1	33	20.5	161	100.0
	530-999	68	33.8	63	31.3	70	34.8	201	100.0
	1000 - ↑	12	17.4	35	50.7	22	31.9	69	100.0
Başkalarından ilaç alma $X^2 = 51.5$ $p < 0.001$	350 ↓	46	67.6	10	14.7	12	17.6	68	100.0
	350-529	78	48.4	50	31.1	33	20.5	161	100.0
	530-999	63	31.3	66	32.3	72	35.8	201	100.0
	1000 - ↑	12	17.4	26	37.7	31	44.9	69	100.0
Eczaneden reçetesiz ilaç alma $X^2 = 23.4$ $p < 0.001$	350 ↓	38	55.9	25	36.8	5	7.4	68	100.0
	350-529	72	44.7	59	36.6	30	18.6	161	100.0
	530-999	63	31.3	82	40.8	56	27.9	201	100.0
	1000 - ↑	20	29.0	31	44.9	18	26.1	69	100.0
Reçetede ağrı kesici alma $X^2 = 10.8$ $p < 0.05$	350 ↓	43	63.2	18	26.5	7	10.3	68	100.0
	350-529	111	68.9	39	24.2	11	6.8	161	100.0
	530-999	114	56.7	59	29.4	28	13.9	201	100.0
	1000 - ↑	38	55.1	19	27.5	12	17.4	69	100.0
Reçetede antibiyotik isteme $X^2 = 21.3$ $p < 0.05$	350 ↓	34	50.7	21	31.3	12	17.9	68	100.0
	350-529	49	30.4	54	33.5	58	36.0	161	100.0
	530-999	54	26.9	67	33.3	80	39.8	201	100.0
	1000 - ↑	18	26.1	17	24.6	34	49.3	69	100.0
Reçetede sindirim sis. İlacı isteme $X^2 = 20.2$ $p < 0.05$	350 ↓	21	31.3	28	41.8	18	20.9	68	100.0
	350-529	52	32.3	41	25.5	68	42.2	161	100.0
	530-999	47	23.4	56	27.9	98	48.8	201	100.0
	1000 - ↑	10	14.5	19	27.5	40	58.0	69	100.0

Evde var olan ilacı kullanma oranı 20-39 yaş grubunda % 62.3 iken 60 ve üzeri yaş grubunda % 77.8 idi (Tablo 9). Doktora gitme oranları ise yine ayni yaş grupları için sırasıyla % 27.2 ve % 16.7 olup rahatsızlanıldığında gösterilen davranış şekli açısından yaş grupları arasında fark yoktu (p> 0.05).

Tablo 9 : Rahatsızlık Durumunda Gösterilen İlk Davranış Şeklinin Yaş Gruplarına Dağılımı

DAVRANIŞ ŞEKLİ	**YAŞ GRUBU**							
	20--39		**40-59**		**60 ve ↑**		**TOPLAM**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evde var olan ilacı kullanma	167	62.3	101	60.8	42	77.8	310	63.5
Komşudan ilaç alma	11	4.1	11	6.6	0	0.0	22	4.5
Eczaneden ilaç alma	17	6.3	14	8.4	3	5.6	34	7.0
Doktora başvurma	73	27.2	40	24.1	9	16.7	122	25.0
Toplam	268	100.0	166	100.0	54	100.0	488	100.0

$X^2 = 9.06$ $p > 0.05$ (Diğer cevabını veren 12 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.)

Okur yazar olmayan grubun % 69.0'ı rahatsızlandıklarında evde var olan ilacı kullanırken orta ve yüksek öğrenim mezunu olanlarda % 55.2 idi (Tablo 10). Orta yüksek öğrenim mezunu grubun rahatsızlandıklarında doktora gitme oranı, okur yazar olmayan grubun iki katı olup farkın önemli olduğu belirlendi (p< 0.001).

Tablo 10: Rahatsızlık Durumunda Gösterilen İlk Davranış Şeklinin Eğitim Düzeyine Dağılımı

DAVRANIŞ ŞEKLİ	**EĞİTİM GRUPLARI**							
	Okuryazar Değil		**İlköğretim**		**Orta-Yüksek öğ.**		**TOPLAM**	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evde var olan ilacı kullanma	20	69.0	196	70.3	94	55.2	310	63.5
Komşudan ilaç alma	0	0.0	18	6.5	4	2.2	22	4.5
Eczaneden ilaç alma	3	10.3	24	8.6	7	3.9	34	7.0
Doktora başvurma	6	20.7	41	14.7	75	41.7	122	25.0
TOPLAM	29	100.0	279	100.0	180	100.0	488	100.0

$X^2 = 47.53$ $p< 0.001$ (Diğer cevabını veren 12 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.)

Ortalama aylık gelir 350YTL'nin altında olan grubun rahatsızlandıklarında ilk olarak var olan ilacı kullanım oranı % 56.3 iken, 530-999 YTL olan grupta % 57.6 ve 1000 YTL ve üzeri olan grupta % 66.7 olduğu saptandı (Tablo 11). Aylık geliri 350 YTL'nin altında olan grubun rahatsızlık durumunda komşudan ilaç alma oranı % 12.5 iken, aylık geliri 1000 YTL ve üzeri olan grupta komşudan ilaç alma durum saptanmadı.

350 YTL altında aylık gelire sahip olan grubun rahatsızlık durumunda ilk davranış biçiminin eczaneden ilaç alma oranı % 20.3 sıklıkta görülürken, 1000 YTL ve üzeri grupta bu oran % 30 olarak saptandı. Ortalama aylık geliri 350YTL'nin altında olan grubun ilk davranış biçiminin, doktora gitme olması % 20.3 sıklıkta görülürken, bu oran aylık geliri 1000 YTL ve üzeri olan grupta % 30.3 idi ve rahatsızlık durumunda gösterilen davranış biçimleri açısından aylık gelir grupları arasında istatistiksel açıdan önemli fark olduğu saptandı (Tablo 11, $p < 0,05$).

Tablo 11: Rahatsızlık Durumunda Gösterilen Davranış Şeklinin Aylık Gelire Göre Dağılımı

DAVRANIŞ ŞEKLİ	**AYLIK GELİR (YTL)**								**TOPLAM**	
	350 ↓		**350 - 529**		**530 - 999**		**1000 ve ↑**			
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Evde var olan ilacı kullanma	36	56.3	116	72.5	114	57.6	44	66.7	310	63.5
Komşudan ilaç alma	8	12.5	6	3.8	8	4.0	0	0.0	22	4.5
Eczaneden ilaç alma	7	10.9	11	6.9	14	7.1	2	3.0	34	7.0
Doktora başvurma	13	20.3	27	16.9	61	31.3	20	30.3	122	25.0
TOPLAM	64	100.0	160	100.0	197	100.0	66	100.0	488	100.0

$X^2 = 27.74$ $p < 0.05$ (Diğer cevabını veren 12 kişi değerlendirme dışı bırakılmıştır.)

Ağrı kesicilerin her hastalığı tedavi edip etmeyeceği konusunda yöneltilen soruya doğru yanıt verenlerin oranı % 42.6 olarak belirlendi. Doğru yanıt yüzdesinin yaşla birlikte azaldığı ve farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu belirlendi (Tablo 12, $p < 0.05$). Antibiyotiklerin her hastalığı tedavi edip etmeyeceği sorusuna ise 20-39 yaş grubunun doğru yanıt verme yüzdesi, 60 ve üzeri yaş grubunun yüzdesinin yaklaşık iki katı olup farkın önemli olduğu saptandı ($p < 0.05$).

Pahalı ilaçların daha etkili olup olmayacağı konusunda yöneltilen soruya 20-39 yaş grubunun doğru yanıt yüzdesi, 60 ve üzeri yaş grubunun yüzdesinin üç katı olarak bulundu ve farkın önemli olduğu belirlendi (Tablo 12, $p < 0.001$).

Tablo 12 : Yaş Gruplarına Göre İlaç Grupları İle İlgili Olarak Verilen Cevapların Dağılımı

İLAÇ İLE İLGİLİ SORULAR VE İSTATİS. SONUÇ	**YAŞ GRUBU**	**CEVAPLARIN DAĞILIMI**						**TOPLAM**	
		EVET		**HAYIR**		**BİLMİYOR**			
		Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Ağrı kesiciler her hastalığı tedavi eder mi? $X^2 = 14.7$ $p < 0.05$	20-39	98	35.7	127	46.7	48	17.6	273	100.0
	40-59	69	40.4	75	43.9	27	15.8	171	100.0
	60 ve ↑	30	53.6	11	19.6	15	26.8	56	100.0
	Toplam	197	39.4	213	42.6	90	18.0	500	100.0
Antibiyotikler her hastalığı tedavi eder mi? $X^2 = 12.8$ $p < 0.05$	20-39	48	17.6	145	53.3	79	29.0	273	100.0
	40-59	35	20.5	76	44.4	66	35.1	171	100.0
	60 ve ↑	13	23.2	16	28.6	17	48.2	56	100.0
	Toplam	96	19.2	237	47.4	172	34.4	500	100.0
Pahalı ilaç daha etkili midir? $X^2 = 17.7$ $p = 0.001$	20-39	96	35.2	116	42.5	61	22.3	273	100.0
	40-59	71	41.5	63	36.8	37	21.6	171	100.0
	60 ve ↑	34	60.7	8	14.3	14	25.6	56	100.0
	Toplam	201	40.2	187	37.4	112	22.4	500	100.0

TARTIŞMA

a. Hekimlere ait bulguların tartışılması :

Araştırma kapsamındaki hekimlerin mezuniyet sonrası ortalama hizmet süresi 6.31 ± 3.5 yıl olarak saptanmıştır (Tablo 1). Günde muayene edilen hasta sayısının 30'un altında olduğunu belirten hekim oranı % 15.1 iken, günde ortalama 60 ve üzeri hasta muayene ettiğini belirten hekim oranı % 47.4 olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının 2000 yılında Ankara il merkezinde bulunan sağlık ocaklarında yazılan reçetelerin değerlendirildiği çalışmalarında ise bulgularımıza benzer şekilde günlük ortalama muayene sayasının 30'un altında olduğunu belirten hekim oranı % 21.7 olarak belirlenmiştir (18). Ancak bu çalışmada günde 60 ve üzeri hasta muayene ettiğini belirten hekim oranı % 28.3 olup çalışmamızdan oldukça düşük bulunmuştur. Bu sonuçlar çalışma bölgemizde hasta yükünün Ankara'da yapılan bu çalışma bölgesine göre oldukça fazla olduğunu göstermektedir.

Ortalama muayene süresinin 10 dakikanın altına inmemesi gerektiğinin bildirildiği düşünülürse günde ortalama muayene edilen hasta sayısı 60 ve üzeri olan hekimlerin (% 47.4) mesailerinin tümünü polikliniğine ayırmaları durumunda bile ortalama muayene sürelerinin bu minimum ideal sürenin çok altında olacağı açıktır (62).

Ortalama muayene süresi 8.24 ± 4.7 dakika olarak belirlenmiştir. Ankara'da yapılan çalışmada hekimlerin ortalama muayene süresinin 5.7 dakika olduğu tespit edilmiştir (18). Çalışmamızda saptadığımız ortalama muayene süresinin daha yüksek oluşu, Ankara'da yapılan bu çalışmanın sadece birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimleri içermesine rağmen, çalışmamızın ikinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimleri de kapsamasından kaynaklanıyor olabilir.

Özellikle acil polikliniklerinde çalışan hekimlerin kendilerine başvuran hastaların özelliklerinden dolayı daha fazla zaman ayırma gerekliliği ortalama muayene süresini artırıcı önemli bir faktör olabilir. Nitekim çalışmamızda birinci basamakta çalışan hekimlerin ortalama muayene süresinin ikinci basamağa göre önemli düzeyde düşük oluşu (Tablo 8, $p < 0.05$) bu görüşümüzü destekler niteliktedir.

DSÖ'nün az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaptığı araştırmalarda pratisyen hekimlerin muayene sürelerinin 3.0 ile 6.3 dakika arasında değiştiği saptanmıştır (63-67). Oysa gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda hekimlerin muayene için ayırdıkları zamanının oldukça fazla olduğu saptanmıştır. Örneğin ABD'de aile hekimlerinin hasta muayenesine ayırdıkları zamanın yaklaşık olarak 12 dakika olduğu, İngiltere'de ise genel pratisyenlerin hasta muayenesinin ortalama 8 dakika sürdüğü bildirilmektedir (68).

Çalışmamızda saptadığımız ortalama muayene süresi az gelişmiş ülkelere göre daha iyi olmasına rağmen, ABD'de saptanan süreden oldukça düşük ve İngiltere'de genel pratisyenlerin ortalama muayene süresi ile hemen hemen aynıdır. Minimum ortalama muayene süresinin on dakikanın altında olmaması gerektiği düşünüldüğünde çalışmamızda pratisyen hekimlerin muayene için hastalara yeterli zaman ayıramadıkları söylenebilir (62).

Bu ideal sürenin hekim ve hasta için iletişimi olumlu yönde etkileyen önemli bir faktör olduğu, hastaya hastalığı ve tedavi konusunda yeterli bilgi verilmesi için bu sürenin ayrılması gerektiği belirtilmektedir (69,70).

Araştırmamızda pratisyen hekimlerin % 12.5'inin hastalara ortalama 1- 4 dakika zaman ayırdıkları, muayene için 5-9 dakika zaman ayıran hekim oranının % 40.8 olduğu ve % 15.8'inin ise ortalama 15 dakika ve üzerinde zaman ayırdıkları belirlenmiştir (Tablo 1). Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise ortalama muayene süresi beş dakikanın altında olan hekim oranı % 18.3 iken, hastalarına muayene için 5-10 dakika ayıran hekim oranı % 62.5 bulunmuş ancak muayene için 15 dakika üzerinde zaman ayıran hekim saptanamamıştır.

Çalışmamızda 5 dakika gibi muayene için oldukça yetersiz olan beş dakikalık süre ayıran hekim oranı Ankara'da yapılan bu çalışmadan oldukça düşüktür. Bu durum sadece birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan pratisyen hekimlerde yapılmış olmasından ve bu çalışma bölgesindeki hekimlere reçete tekrarı amacı ile başvuran hasta oranının daha yüksek olabilmesinden kaynaklanabilir.

Hastalarına 15 dakika üzerinde zaman ayıran hekimlerin Ankara'daki çalışmada saptanamayıp (18) araştırmamızda % 15.8 oranında saptanması, bu çalışmanın sadece birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan pratisyen hekimlerde yapılmış olmasından kaynaklanabilir. Çalışmamızda ise özellikle devlet hastaneleri acil polikliniklerinde çalışan hekimlerin de örnekleme dahil olması ve bu hekimlere başvuran hastaların daha komplike şikayetlerinin olabilmesi nedeni ile muayene için daha fazla zaman ayrılması gerekliliği bu farklılığın önemli bir nedeni olabilir.

Araştırmaya katılan doktorların % 77.0'ı ilaçlar ile ilgili mezuniyet sonrası bir eğitime katıldıklarını belirtmişlerdir. İlaçlarla ilgili en yüksek oranda alınan mezuniyet sonrası eğitim etkinliği olarak % 53.0 ile ilaç firmalarının düzenlediği seminer ve toplantıların yer aldığı tespit edilmiştir. İkinci sırada ise % 17.9 ile ilaç firmalarının etkinlikleri + hizmet içi eğitim toplantıları yer almaktadır (Tablo 2). Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doktorların % 60 oranında ilaçlar ile ilgili herhangi bir eğitim alma yüzdesi çalışmamızdan daha düşük oranda bulunmuştur (18). Farklılığın bölgesel olduğunu düşünmekteyiz.

Yalnızca ilaç firması etkinliği yolu ile ilaçlarla ilgili eğitim alan hekim oranları ise her iki çalışmada benzer bulunmuştur. Çalışmamızda üniversitelerin etkinliği yolu ile hekimlerin toplam % 25.7'sinin ilaçlarla ilgili eğitim aldıkları saptanmıştır (Tablo 2). Ankara'da yapılan çalışmada da bu oran % 23.3 olarak bulunmuştur (18).

Her iki çalışmada da dört pratisyen hekimden sadece birinin üniversitelerin düzenlediği ilaçlarla ilgili mezuniyet sonrası eğitime alınması, aksine ilaç firması etkinliklerinin ilk sırada yer alması bu konuda önemli bir hizmet açığının olduğunu düşündürmektedir. Çünkü sürekli tıp eğitimi gereksiniminin karşılanmasını ilaç şirketlerinin inisiyatifine bırakılmayacak kadar toplum sağlığı açısından önemlidir ve ilaç firmalarının verilen bilgilerinin aynı zamanda bir ticari ürünün tanıtımı olduğu da unutulmamalıdır (2). Ancak sürekli tıp eğitiminde yaşanan önemli evrensel bir sorunun da eğitim için gerekli bilgilerin ticari kaynaklarca etkilendiği bildirilmektedir (71).

Araştırmaya katılan hekimlerden akılcı ilaç kullanımı konusunda kendi bilgi düzeylerini algılama durumlarını belirtmeleri istenmiştir (Tablo 3). En yüksek oranda ilacın endikasyonu (% 66.9), günlük doz (% 61.8) ve uygulama şekli (% 63.2)

hakkındaki bilgilerin yüksek oranlarda bulunmuştur. Oysa ilaç etkileşimleri, biyoyararlanımı, biyoeşdeğerliliği ve ilacın fiyatı hakkında bilgilerini yeterli gören hekim oranı oldukça düşük olarak belirlenmiştir.

Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da hekimler en fazla oranda ilacın uygulama şekli, günlük dozu ve endikasyonları hakkındaki bilgilerinin iyi olduğu belirtilirken, ilacın fiyatı, ilaç etkileşimleri, biyoeşdeğerlilik ve biyoyararlanım konularında kendilerini yetersiz görenler ise yüksek oranda çıkmıştır (18). Çalışma bulgularımız bu çalışma sonuçları ile benzerdir.

Hekimlerden reçete yazımını şekillendiren en önemli faktörleri önem derecesine göre sıralamaları istenmiş ve % 50.7 ile en önemli faktör olarak mezuniyet sonrasında bu konuda okumuş olmak ilk sırada yer alırken, % 40.1 oranı ile ilaç firması temsilcilerinin tanıtımları ikinci sırada yer almıştır (Tablo 4).

Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer şekilde reçete yazımını şekillendiren en önemli faktör olarak mezuniyet sonrası okumuş olmak ilk sırada yer alırken, ilaç firması tanıtımları ikinci sırada yer almıştır . yine bulgularımız benzer şekilde hizmet içi eğitim almak ve okulda görülen farmakoloji dersleri son sıralarda yer almıştır (18). Her iki çalışmanın benzer nitelikte olan sonuçları, klinik farmakoloji bilgi ve uygulaması başta olmak üzere akılcı ilaç kullanımı konusunda mezuniyet öncesi eğitimin yetersizliğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda olduğu gibi Şemin S.'de benzer şekilde ilaç bilgisinin ilaç firmaları tarafından büyük oranda karşılandığını saptamışlardır (14). Bu bulgular hekimlerin ticari kaygılardan uzak, bilimsel ilaç bilgisine olan gereksinimlerinin büyük boyutlarda olduğunu düşündürmektedir. İlaç firması temsilcilerinin sadece % 13'ünün sağlıkla ilgili bölümlerden mezun olması da hekimlerin objektif ilaç bilgisine ne kadar sahip olabileceği konusunda önemli bir endişe kaynağıdır (53).

Prosser ve arkadaşlarının araştırma kapsamına genel pratisyenleri aldıkları bir çalışmada bulgularımıza benzer şekilde hekimlerin reçete yazarken en etkili faktörün ilaç firmaları olduğu (%39) ve meslektaşa danışmanın ise oldukça düşük oranda olduğu tespit edilmiştir (72). Araştırmaya katılan hekimlerin reçete yazarken kullandıkları en

önemli kriter olarak ilk sırada % 66.4 ile ilacın etkinliği ve % 51.3 ile ilacın güvenliği yer aldığı bulunmuştur. En az önemli görülen kriterler ise geniş endikasyon, farmasötik formun uygunluğu ve ilacın fiyatı olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Bu bulguları Tablo 3 ile birlikte değerlendirecek olursak hekimlerin çok az bir bölümünün ilaçların fiyatları ve biyoeşdeğerliliği konusunda kendilerini yeterli bilgiye sahip olduklarını bildirmeleri, bu konuların aynı zamanda reçete yazarken daha az önemli kriter olarak görmelerine neden olmuş olabilir. Ayrıca akılcı ilaç kullanımının en önemli kriterleri olarak etkinlik, güvenlilik, uygunluk ve maliyet göz önüne alınması gerekirken, hekimlerin uygunluk ve maliyeti en az önemli kriterler olarak göstermeleri akılcı ilaç kullanımı ile ilgili bilgi eksikliklerinin irrasyonel ilaç kullanımına neden olabilecek bir etken olarak görünmektedir.

Hekimlerin reçete yazımında bir sorunla karşılaştıklarında başvurdukları kaynaklara bakıldığında % 73.3 oranında ilaç rehberi ilk sırada yer alırken, tıp kitapları % 48.7 oranında tercih kaynağı olmuştur. İlaç firması tanıtımları % 33.6 ile üçüncü sırada yer almış, bilimsel dergiler en düşük oranda başvurulan kaynak olarak saptanmıştır (Tablo 6).

Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da reçete yazmada bir sorunla karşılaşıldığında % 99.2 ile ilaç rehberi en sık başvurulan kaynak olurken, ikinci en sık başvurulan kaynağın ilaç firması dokümanları olduğu bulunmuştur (18). Akıcı'nın İstanbul'da pratisyen hekimlerin akılcı ilaç kullanımına yönelik yaptığı çalışmada da ilaç rehberi hekimlerin ilaçlarla ilgili yararlandıkları en sık kaynak (% 93.9) olurken, ikinci sıklıkta başvurulan kaynağın farmakoloji kitapları (% 31.8) olduğu bulunmuştur (73).

Tunus'da yapılan bir çalışmada da pratisyen hekimlerin en yüksek oranda bilgi kaynaklarının ilaç rehberleri olduğu (% 86) ve hekimlerin 1/3'ünden fazlasının hiçbir bilimsel tıbbi yayını takip etmedikleri ortaya çıkmıştır (74). Çalışmamızda reçete yazımında bir sorunla karşılaşıldığında ilaç rehberine başvurma yüzdesi daha düşük olmasına rağmen ilk sırada yer alması diğer çalışmalarla paralellik göstermektedir.

Her dört çalışmada da ilaçların özet prospektüs bilgilerinin yer aldığı ilaç rehberleri ve ilaç firması tanıtım broşürlerinin ilk sıralarda yer alması, bilimsel yayınların ve uzman görüşlerinin alt sıralarda yer alması irrasyonel ilaç kullanım davranışının boyutlarını ortaya koyduğu gibi, bunun yanı sıra hekimlerin objektif bilgiye erişimi açısında sürekli tıp eğitimi gereksiniminin karşılanmasında da önemli sorunların varlığına işaret etmektedir.

İlaç firmaları tarafından ticari kaygı taşıyan ve reçete yazmayı yönlendirmesi beklenen, aynı zamanda hekimlerin önemli oranda başvuru kaynağı olan ilaç firması tanıtım çalışmalarının hekimlerin akılcı ilaç kullanım sorumluluklarını olumsuz yönde etkileyebilir. Ülkemiz dışında da yapılan pek çok çalışmada reçeteye yazılacak ilaçlarla ilgili tercihlerinde ilaç firmalarının önemli bir yeri olduğu ortaya konmuştur (75,76).

Araştırmaya katılan hekimlerin % 91.4'ünün ilaç yazdırma talebi ile karşılaştıklarını belirlemişlerdir (Tablo 7). Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların % 71.3'ünün kendi istekleri doğrultusunda ilaç yazılmasını talep ettikleri saptanmıştır (18). Çalışma bölgemizdeki katılımcıların eğitim düzeyinin, Ankara'da yapılan bu araştırmadaki katılımcıların eğitim düzeyinden daha düşük olması nedeni ile akılcı ilaç kullanım bilinicinin daha düşük olabilmesi ile sonuçlanabilir. Bu durum da çalışma bölgemizdeki hastaların hekimden daha yüksek oranda ilaç talep etmelerini açıklayabilir.

En sık talep edilen ilacın ağrı kesiciler olduğu (% 82.8) ve ikinci sıklıkta talep edilen ilaç grubunun antibiyotiklerin (% 62.5) oluşturduğu saptanmıştır (Tablo 7). Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bulgularımıza benzer şekilde en sık talep edilen ilaç grubunun ağrı kesici ilaçlar olduğu saptanmıştır (18).

DSÖ' nün az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde organize ettiği araştırmalarda da pratisyen hekimlerin reçetelerinde % 34 ile % 63 arasında antibiyotiklerin yer aldığının belirlenmiştir (77-80). Oysa rasyonel bir reçetelemeden söz edebilmek için reçetelerde en fazla % 20 oranında antibiyotiğe yer verilmesi gerektiği belirtilmektedir (104). Bu sonuçlar akılcı olmayan ilaç kullanımının evrensel bir sorun olduğu ortaya çıkmaktadır.

Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin hastalarına ortalama 7.84 ± 4.2 dakika ayırdıkları, 2. basamakta çalışan hekimlerin ise 9.00 ± 5.7 dakika ayırdıkları ve farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (Tablo 8). İkinci basamağa başvuran hastaların özellikleri itibari ile hem muayene hem tetkik hem de tedavi açısından daha fazla zaman ayrılması gerektiren hasta grubudur. Bu nedenle sonuçlarımız beklenen bir bulgudur.

Günlük ortalama hasta sayısı 30 ve daha az olduğunda ortalama muayene süresi 12.26 ± 5.5 dakika iken, poliklinik sayısı 90 ve üzerine çıktığında bu sürenin 4. 59 ± 2.1 dakikaya düştüğü ve aradaki farkın Kruskal Wallis varyans analizine göre önemli olduğu saptandı ($p < 0.001$). Hekimlerin günlük poliklinik sayılarına göre bakılan hasta sayısı arttıkça, hastalara muayene için ayrılan sürenin azaldığı görülmüştür. Yine Pearson Korelasyon analizine göre günde muayene edilen ortalama hasta sayısı ile hasta başına ayrılan ortalama muayene süresi arasında negatif yönde önemli ilişki saptanmıştır ($r = -0.476$, $p< 0.001$).

Bulgularımıza paralel olarak Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da muayene edilen hasta sayısı ile muayene süresi arasında önemli bir ilişki bulunmuş, hasta sayısı arttıkça hastalara ayrılan muayene süresinin önemli düzeyde düştüğü tespit edilmiştir (18).

Çalışmaya katılan hekimlerin, muayene ettikleri hastalardan aldıkları anamnez bilgilerini ve bu bilgileri sorgulamanın muayene süresi ile olan ilgisi incelendiğinde, her zaman sorguladıkları anamnez bilgilerinin sırasıyla; kullanılan ilaçlar (% 59.9), kronik bir hastalığın varlığı (% 59.9), hastanın yaşı (% 57.9) gebelik durumu (% 56.6) ve satın alma gücünün (% 55.9) olduğu belirlendi. Karaciğer ve böbrek hastalığını her zaman sorgulamanın ise daha düşük oranlarda olduğu belirlendi (Tablo 9).

Akıcı ’nın yaptığı çalışmada da yaş, alım gücü, gebelik durumu, kullanılan ilaçlar, kronik hastalık varlığı en fazla sorgulanan konular olması bulgularımızda benzerdir (73). Yine her zaman dikkate alınan anamnez bilgisi olarak karaciğer ve böbrek hastalıklarının her iki çalışmada da en düşük oranda dikkate alınması bulgularımızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda tüm anamnez bilgisi alt gruplarını her zaman sorgulayan hekimlerin ortalama muayene süresi bazen sorgulayan ve hiçbir zaman sorgulamayan hekimlerden beklenildiği üzere yüksek bulunmuş olup, alım gücü, sağlık güvencesi ve yaşı dikkate alma hariç tüm gruplarda aradaki farkın önemli olduğu saptanmıştır (Tablo 9).

Hekimlerin tüm anamnez bilgilerini her zaman sorgulamaları gerekirken önemli bir kısmının bazen sorgulaması veya hiç sorgulamaması akılcı ilaç kullanımı açısından önemli bir eksiklik olarak görünmektedir. Çünkü akılcı ilaç kullanım ilkelerini uygun bir tedavi planlama ve reçete yazma yani hastanın tanısının konup en uygun tedavi seçeneğinin ortaya konması ve tedaviye başlama süreci herhangi bir problemi çözme sürecine benzetilmektedir (73). Bu süreçte başarılı olabilmek için başlangıçta problemin tanımlanması ve çözümünde, doğru ve yeterli anamnez bilgisi anahtar rol oynamaktadır. Seçilen tedavi yönteminin hastaya uygunluğunun değerlendirilmesi için hastanın anamnez bilgilerinden eksiksiz yararlanılması gerektiğinin de altı çizilmektedir (73).

Hastalara verilen ilaç bilgisine göre ortalama muayene süreleri araştırıldığında, her zaman verilen ilaç bilgisi olarak ilacın uygulama şekli, günlük dozu ve nasıl kullanılacağı bilgisi en yüksek oranlarda tespit edilmiştir (Tablo 10).

Her zaman ilacın uygulama şeklini açıklayan hekim oranı % 61.8 iken, ilacın günlük dozunu belirten hekim oranı % 73.0 olarak bulunmuştur. Hastanın ilacı nasıl kullanacağı konusunda her zaman bilgi verme oranı ise % 70.4 olup tedavi süresinin her zaman sorgulanma oranı ise % 51.3 olduğu tespit edilmiştir. Hekimler tarafından ilacın adı, etkisi, yan etkisi ve fiyatı konularında her zamana bilgi verilme oranı ise daha düşük düzeyde saptanmıştır (Tablo 10).

Akıcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilacın uygulama şeklini anlatan hekim oranı % 90.2, ilacın günlük dozunu belirten hekim oranı ise % 77.6 olarak bulunmuştur (73). Günlük doz bilgisini veren hekim yüzdesi her iki çalışmada benzer iken, uygulama şeklini belirten hekim oranı Akıcı'nın çalışmasında daha yüksek oluşu İstanbul'da yapılan bu çalışmada hastaların eğitim düzeylerinin daha yüksek oluşu

nedeni ile hastaların ilacın uygulama şeklini öğrenme talebinin daha yüksek olmasından kaynaklanabilir.

Hastanın ilaçlarla ilgili olarak hekim tarafından her zaman doğru ve eksiksiz bilgilendirilmesi çok önemli bir konu olmasına rağmen bu çalışmada her zaman ilaç bilgisi verme yüzdesi en yüksek % 73.0 olurken, bazı gruplarda % 10.5' e kadar düştüğü saptanmıştır. Oysa ilaçlarla ilgili bilgi vermek hem hekimin görevi hem de hasta hakları gereğince hastaların temel hakları arasındadır (81). Ayrıca tedavilerinde kullanılacak ilaçlar hakkında hastaların bilgi sahibi olmaları tedaviye hastayı da ortak katılımcı olarak dahil etmeyi sağlayarak hekimlere güven duygusunu artırmaktadır (73).

Hastalara verilen tüm ilaç bilgi alt grupları dikkate alındığında, her zaman ilaç bilgisi veren hekimlerin ortalama muayene süreleri bu bilgiyi bazen veren veya hiç vermeyen hekim grubunun ortalama muayene sürelerinden yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 10). İlacın fiyatı hariç tüm gruplarda bu farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir. İlaç bilgisi zaman ayırmaya bağlı olarak ortalama muayene süresinin artması beklenen bir bulgudur.

Çalışmamızda pratisyen hekimlerin, % 45.4'ünün her zaman hastalık ile ilgili bilgi verdikleri, bazen bilgi veren hekim oranının % 39.5 ve ancak hasta sorduğunda bilgi verenlerin ise % 15.1 oranında olduğu saptanmıştır (Tablo 11).

Mollahaliloğlu'nun yaptığı çalışmada hastalık hakkında her zaman bilgi veren hekim oranının % 59.2, bazen bilgi veren hekim oranının % 37.5 ve ancak hasta sorduğunda bilgi veren hekimlerin ise % 3.3 olduğu bulunmuştur (18). Çalışmamızda ancak hasta sorduğunda hastalık hakkında bilgi veren hekim oranının diğer çalışmadaki hekimlere göre yaklaşık beş kat daha fazla olması bu konuda bölgemizdeki pratisyen hekimlerin bilgi ve davranış eksikliğinin daha fazla olduğunu düşündürmektedir. Ayrıca Ankara'daki çalışmada hastaların muhtemelen eğitim düzeyinin daha yüksek oluşu da farklılığa neden olabilecek diğer bir etken olabilir.

Hekimlerin % 40.1'inin verdikleri ilaç bilgilerini yeterli gördükleri ve % 18.4'ünün ise yetersiz gördüklerini belirtmişlerdir (Tablo 11). Mollahaliloğlu ve

arkadaşlarının çalışmasında ise verdiği ilaç bilgisini yetersiz gören hekim oranı % 34.3 olarak bulunmuştur (18). Çalışmamızda verdiği ilaç bilgisini yetersiz gören hekim oranının diğer çalışmada saptanan oranın yaklaşık yarısı olması her iki çalışmadaki katılımcıların bu konudaki bilgilerini algılama düzeylerinin farklılığından kaynaklanabilir.

Her zaman hasta isteği üzerine ilaç yazdığını belirten hekim oranı % 30.3 iken, % 19.7 'sinin ise hiçbir zaman hasta isteği ilaç yazmadığı tespit edilmiştir (Tablo 11). Akıcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hasta isteği ile her zaman veya bazen ilaç yazan hekim oranı % 74.2 olarak bulunmuştur (73). Çalışmamızda bu oranın % 80.3 olması bulgularımızla bu çalışma sonuçlarının benzer olduğunun göstermektedir.

Tüm pratisyen hekimlerin ilaç fiyatını dikkate alma oranı % 64.5 olarak bulunmuştur (Tablo 12). Ancak ilaç fiyatını dikkate alma oranı oldukça yüksek oranda saptanmasına rağmen, ilaç fiyat bilgisini yeterli gören hekim oranı % 16.4 olmuştur (Tablo3) .

Bulgularımıza benzer şekilde Akıcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da pratisyen hekimlerin yarısından fazlası ilaç fiyatını dikkate aldığını belirtmesine rağmen, reçete edilen ilaç fiyatını bilen hekim oranı % 11.6 olarak bulunmuştur (73). Hekimlerin ilaçların fiyatları konusundaki bilgilerini çok düşük oranda yeterli görmelerine karşın, ilaç fiyatını yüksek oranda dikkate alındığını belirtmeleri ilginç bir bulgudur.

Çalışmaya katılan hekimlerin reçete yazarken ilaç fiyatlarına dikkat edip etmedikleri incelendiğinde, 3 yıl ve daha az süre çalışmış hekimlerin % 73.0 oranında ilaç fiyatlarına dikkat ederken, benzer şekilde 10 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip hekimlerin % 74.1' i ilaç fiyatlarına dikkat ettiklerini belirtmişlerdir (Tablo 12). Çalışma süresine göre ilaç fiyatlarını dikkate alma durumu açısından pratisyen hekimler arasında fark olmadığı tespit edilmiştir (Tablo 12).

İlaçlar arasında etki eşitliği söz konusu olduğunda fiyatlarına göre değerlendirme yapılması akılcı ilaç kullanımı açısından önemlidir. Ancak yapılan araştırmalar hekimlerin ilaç fiyatları konusunda çok az bilgiye sahip olduklarını göstermektedir (73,82). Denig ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, pratisyen hekimlerin 1/3'ünün, hastanede çalışan hekimlerin ise % 50'sinin reçeteleme kararı sırasında maliyeti düşünmedikleri bulunmuştur (83).

Hekimlerin ilaç maliyetini yüksek oranda dikkate aldıklarını belirtmelerine rağmen bu durumun uygulamaya yansımamasının olası nedeni, hekimlerin ilaç fiyatları konusunda yeterli bilgiye sahip olmamasından kaynaklanabilir. İngiltere ve Hollanda da kullanılan standart ilaç rehberlerinde, güncellenen ilaç fiyatlarına da yer verilip akılcı ilaç kullanımı çerçevesinde hekimlerin maliyet-etkin tedavi uygulamaları teşvik edilmesi bu sorunun önlenmesinde örnek bir model olabilir (83).

Reçete yazımında ilaç firması temsilcilerinin promosyon çalışmalarından etkilendiğini belirten hekim oranı % 61.2 iken, bazen etkilenen hekim oranı % 29.6 ve etkilenmediğini belirten hekim oranı % 9.2 olarak tespit edilmiştir (Tablo 13).

Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da ilaç firması tanıtımlarından etkilendiğini belirten hekim oranı % 28.3, bazen etkilenen hekim oranı % 65 ve etkilenmeyen hekim oranı % 6.7 olarak bulunmuştur.

Çalışmamızda ilaç firması temsilcilerinin promosyon çalışmalarından etkilendiğini belirten hekim oranı, diğer çalışmada saptanan oranın 2 katından daha fazladır. Farklılığın açıklanması konusunda daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür. Reçete yazımında ilaç firması temsilcilerinin promosyon çalışmalarından etkilenmediğini belirten hekim oranı ise her iki çalışmada benzer oranlarda bulunmuştur. Her iki çalışmada da ilaç firmalarının promosyon çalışmalarından her zaman ve bazen etkilenen hekim oranının % 90'nın üzerinde olması, akılcı ilaç kullanımı konusunda mezuniyet öncesi eğitimin yeterliliğinin sorgulanmasını tekrar gündeme getirmektedir.

Çalışmamızda pratisyen hekimlerin % 61.2 'sinin reçete yazımında ilaç firması temsilcilerinin promosyon çalışmalarından etkilendikleri ortaya çıkmıştır (Tablo 13). Hekimlerin hizmet süreleri göz önüne alınarak irdelendiğinde ise hekimlerin çalışma süreleri arttıkça promosyon çalışmalarından daha az etkilendiği görülmüştür. Çalışma süresi 3 yıl ve daha az olan hekimler % 73.0 oranında etkilendiğini belirtirken, 10 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip grupta ise bu oran % 44.4 olarak bildirilmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 13).

Akıcı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da benzer şekilde ilaç seçimi yaparken ilaç tanıtım elamanlarının sunumlarından her zaman etkilendiğini belirten hekim oranı % 32.2 iken, diğer hekimlerin ilaç seçiminde firmaların tanıtım sunumlarından her

zaman etkilendiklerini düşünen hekim oranı % 73.5 olarak belirlenmiştir (73). Bu durum aslında hekimlerin uygun bulmadıkları bu davranış biçiminden kendilerinin de kaçınamadıklarını düşündürmektedir.

Ülkemiz dışında yapılan çalışmalarda pratisyen hekimlerin özellikle yeni çıkan ilaçlar konusunda ilaç firması temsilcilerinden daha yüksek oranda etkilendiklerini ortaya koymuştur (84-87). Yine yurt dışında yapılan pek çok çalışmada hekimler promosyon çalışmalarının kendisi dışındaki hekimleri önemli oranda etkilediğini bildirirken, hekimin kendi reçete yazımına promosyon çalışmalarının etkisinin az olduğunu bildirmektedirler (88). ABD'de hekimlerin % 61'inin ilaç şirketlerinin ücretsiz olarak verdiği eğlence etkinliği ile seyahat biletleri aldıkları saptanmış ve bu hediye verme durumunun hekimlerde ilaç firmalarına karşı bir borçluluk hissi uyandıracağı bildirilmiştir (89).

İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi hastanesinde 2004 yılında ilaç tanıtımı yapan ilaç firması temsilcileri üzerine Kılıç ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; ilaç firması temsilcilerinin % 87'si hekime veya çalıştığı kuruma sağladıkları olanakların ilaç seçimini olumlu yönde etkilediğine inanmaktadır. Firma temsilcilerin iş hayatı boyunca karşılaştıkları sorunlarından bazıları ise hekim ve eczacıların maddi çıkar beklentisi olarak (% 65) belirtmişlerdir (53).

İlaç firması temsilcilerinin katıldığı başka bir araştırmada ise paramedikal istek ve yaklaşımlar en sık rastlanan etik sorun olarak nitelenmiş ve bu sorunların % 81 oranında hekimden kaynaklandığı belirtilmiştir (90). Bu çalışma sonuçları ilaç firması promosyon çalışmalarının ilaç reçeteleme davranışını etkilemesinde hekimlerin de paylarının olabileceğini düşündürmektedir.

Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada da 5 yıldan az çalışma süresine sahip hekimlerde etkilenme oranı % 75.7 olarak bulunurken, 5 yıldan fazla çalışanlarda bu oran % 53.0'a düştüğü saptanmış ve aradaki farkın önemli olduğu saptanmıştır (18).

Bulgularımız benzer olup bu durumun tıp fakültelerinde verilen klinik farmakoloji bilgisinin hekimin ilaç firmaları tanıtım çalışmalarından etkilenmesini

engelleyebilecek yeterlilikte olmadığı, hekimlerin yıllar içinde kazandıkları tecrübe ve bilgi birikimlerinin artması ile daha sağlıklı değerlendirme yapabilmeleri şeklinde açıklanabilir.

Akılcı ilaç kullanımını hekimlerin sadece % 18.4 'ü doğru şekilde tanımlamıştır (Tablo 14). Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada ise akılcı ilaç kullanımını doğru olarak tanımlayan hekim oranı % 34.1 olarak belirlenmiştir (18). Farklılığın Ankara'da yapılan bu çalışmada rasyonel ilaç kullanımı konusunda yapılan bilimsel etkinliklere bu hekimlerin daha kolay katılabilmelerinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

10 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olan hekimlerin akılcı ilaç kullanımını doğru tanımlama yüzdesi, 3 yıl ve daha az çalışan hekimlerin doğru yanıt yüzdesinin 3 katından fazla bulunmuştur. Akılcı ilaç kullanımını doğru tanımlama durumu çalışma süresine göre önemli düzeyde farklı olup farklılığın 10 yıl ve üzeri çalışma süresine sahip olan gruptan kaynaklandığı tespit edilmiştir ($p < 0.05$). Bu durum çalışma süresi arttıkça süresi arttıkça akılcı ilaç kullanımı konusunda yapılan bilimsel etkinliklere katılma olasılığının artışından kaynaklanabilir.

Hastalara hastalıkları hakkında bilgi verme durumunun günlük poliklinik sayısına göre değişimi değerlendirildiğinde, muayene edilen hasta sayısı arttıkça, hastalara her zaman bilgi verme oranının azaldığı görülmüştür. Bu sonuç beklenen bir bulgudur.

b. 20 yaş üzeri kişilere ait bulguların tartışılması :

Katılımcıların % 13.6'sının aylık gelirinin 350 YTL'nin altında olduğu ve %32.2'sinin 350 – 529 YTL'lik gelire sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Katılımcıların % 45.8'inin aylık gelirinin açlık sınırının altında olduğu bulunmuştur. Özdemir yaptığı çalışmada sosyoekonomik göstergeler açısından, illerin gelişmişlik düzeyini karşılaştırmış ve illerin sosyal gelişmişlik göstergelerine göre Erzurum ili 11. sırada yer almasına rağmen, ekonomik gelişmişlik göstergelerine göre 31. sırada yer alması çalışma sonuçlarımızı desteklemektedir (91).

Çalışmamızda evde yedek olarak ilaç bulunduranların oranı % 73.4 olarak bulunmuştur (Tablo 2). Özkan ve arkadaşlarının Gazi Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada evde yedek ilaç bulunduranların oranı % 44.8 olarak bulunmuştur(92).

Antalya'da evlerde kullanılmayan ilaç düzeyini araştırmak üzere yapılan bir çalışmada ise % 80.0 oranında evlerde kullanılmayan fazla ilacın bulundurulduğu, Kayseri'de yapılan başka bir çalışmada bu oranın % 84.6 olduğu belirlenmiştir (93,94). Konya'da yapılan bir diğer araştırmada ise evlerin % 73.5'inda fazla ilaç bulunmuş, ilaçlar arasında ilk sırada ağrı kesici ve antibiyotikler (% 53.2) tespit edilmiştir (11).

Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yine sağlık ocaklarına başvuran hastaların evlerinde % 56.2 oranında artmış veya yedek olarak sakladıkları ilacın bulunduğu tespit edilmiştir (18). Ankara'da 18 yaş ve üstü kişilerde yapılan başka bir çalışmada da katılanların yarıdan fazlasının (% 57.8) genellikle veya hep reçetesiz ağrı kesici kullandığı ve % 76.6'sının evlerinde sürekli ağrı kesici bulundurduğu saptanmıştır (95).

Çalışma sonuçlarımız Antalya, Kayseri ve Konya'da yapılan çalışma bulgularıyla benzerdir. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında (92) evde yedek ilaç bulundurma oranının daha düşük olması bu çalışmanın üçüncü basamak sağlık kurumunda yapılmış olmasından ve katılımcıların sosyoekonomik düzeyinin daha iyi olmasından kaynaklanabilir.

Nitekim bizim çalışmamızda orta- yüksek öğrenime sahip olanlar % 16.1 oranında iken, Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında bu oranın % 98.6 olarak belirlenmesi bu düşüncemizi destekler niteliktedir. Sudan'da yapılan çalışmada ailelerin % 97.7'sinin evinde yedek ilaç bulunduğunun saptanması, bu sorunun boyutunun ülkeden ülkeye farklılık göstermesine rağmen evrensel nitelikte olduğunu göstermektedir (96).

Çalışmamızda katılımcıların %78.2'si eczanelerden reçetesiz ilaç aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo2). Güngörmüş 'ün Erzurum ili Yenişehir Sağlık Ocağı bölgesinde reçetesiz ilaç kullanımı ile ilgili yaptığı çalışmada bulgularımıza benzer şekilde

eczaneden reçetesiz ilaç alma oranı % 68 olarak bulunmuştur (29). Yine Ergül reçetesiz ilaç alma oranını %88.6 olarak saptamıştır (97).

Bu çalışma bulguları sonuçlarımızla benzer olup ülkemizde reçetesiz ilaç almanın büyük boyutta olduğunu göstermektedir. Bu durum toplum sağlığı yönünden önemli sorunların ortaya çıkmasına neden olabilir. Çünkü bazı ilaçlar uygun şekilde kullanılmalarına rağmen bu ilaçlara karşı tolerans ve rezistans gelişebileceği, ayrıca yan etkiler ve ilaç bağımlılığına varan olumsuz sonuçların ortaya çıktığı hatta ölümlere neden olduğu günümüzde bilinmektedir (29). Bu yüzden ilaçların hekim reçetesi olmadan kullanımı ilaç tüketiminin en tehlikeli boyutunu oluşturmaktadır.

Çalışmamızda eczanelerden reçetesiz olarak en sık alınan ilaç grupları ağrı kesici ve ateş düşürücüler ile antibiyotikler olmuştur (Tablo 2). Önder ve Gül 'ün yaptıkları iki farklı çalışmada da bulgularımıza benzer olarak en sık eczanelerden reçetesiz olarak alınan ilaç gruplarının ağrı kesiciler olduğu saptanmıştır (95,98).

Ülkemizde ilaç endüstrisi işverenler sendikası verilerine göre 2005 yılında en fazla tüketilen ilaç gruplarının antibiyotikler ve ağrı kesiciler oluşu bulgularımızı destekler niteliktedir (99). Irshaid ve arkadaşlarının Suudi Arabistan'da yaptıkları çalışmada da en sık reçetelenen ilaçların ağrı kesici ve ateş düşürücüler (%51.2) ile antibiyotiklerin (% 33.2) olduğu belirlenmiştir (100). Yine İran'da yapılan bir çalışmada antibiyotiklerin en sık reçetelenen ilaç grubu olduğu saptanmıştır (101).

Katılımcıların başvurdukları sağlık kurumlarında reçete edilen ilaçların kullanımı hakkında bilgilendirilme durumları araştırılmış, % 57.4'ü ilaçların kullanımı hakkında bilgi verildiğini belirtmiştir (Tablo 3).

Bulgularımıza benzer şekilde Altıntaş ve arkadaşlarının Ankara Batıkent'te 15 yaş ve üzeri kişilerde akılcı ilaç kullanımının saptanmasına yönelik yaptıkları çalışmada katılımcıların %63.9'u ilaç hakkında hekim tarafından bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir (102).

Ağalar ve arkadaşlarının Hacettepe üniversitesi Tıp Fakültesi Büyük Acil Polikliniğine başvuran hastalarda yaptıkları çalışmada hastaların % 69'una hastalık hakkında bilgi verildiği saptanmıştır (103). Bu çalışmada hekimlerin hastalık hakkında

bilgi verme oranlarının daha düşük çıkması, üçüncü basamak sağlık kurumunda yapılmış olmasından ve katılımcıların eğitim düzeylerinin yüksekliğinden kaynaklanabilir.

Akıcı ve arkadaşlarının yaşlıların dahil edildiği çalışmada katılımcıların % 77'si hekimlerin ilaçlarla ilgili kendilerini bilgilendirmediklerini belirtmişlerdir (104). Bu çalışmada ilaç kullanımı hakkında bilgi verme yüzdesinin oldukça düşük çıkması katılımcıların yaşlı grubu olması nedeni ile hekimlerin anlatacakları bilgileri yaşlıların algılayamama endişesinden kaynaklanabilir.

Hekimlerden reçete edilen ilaçların kullanımı hakkında en fazla açıklama istenilen konular; ilacın etkisi ve yan etkisi ile tedavi süresi olmuştur (Tablo3). Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da hastalar kendilerine en çok ilaç yan etkisi ve tedavi süresi konusunda bilgi almak istediklerini belirtmişlerdir (18). Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde incelenen kişilerin ilaçlar hakkında en fazla oranda istedikleri bilgiler; tedavi süresi ve ilaç yan etkileri olmuştur (92).

Görüldüğü gibi tüm çalışmalarda hastalar, hekimden hastalıkları, tedavi süresi, yan etkileri ve ilaçları ne zaman keseceği veya kontrole gelip gelmeyeceği konularında bilgi verilmesini istemektedir. Aslında bu hak, tıbbi deontolojinin temel ilkelerinde açıkça belirtildiği gibi hasta hakları mevzuatında da yer almaktadır (81). Hekimlerin sıklıkla verdikleri bilgiler ile hastaların ilaçlarla ilgili almak istedikleri bilgiler birbirleri ile örtüşmemektedir. Ancak bu durum hekimin konu ile ilgili yeterli bilgiye sahip olup olmaması ile de yakından ilişkilidir.

Rahatsızlık durumunda katılımcıların sadece 1/4' ü ilk olarak doktora başvurduklarını belirtmişlerdir. Oysa rahatsızlık durumunda katılımcıların büyük kısmı evdeki var olan ilaçları kullandıklarını belirtmişlerdir (Tablo 4). Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da rahatsızlık durumunda katılımcıların % 65.5 ile ilk olarak evde var olan ilacı kullandıkları ve yine bulgularımızla aynı şekilde doktora gitme davranışı % 24 olarak tespit edilmiştir (18). Çalışmamızda rahatsızlık durumunda komşudan ilaç alma davranışının oldukça düşük düzeyde oluşu (% 4.5) sevindirici bir bulgudur.

Eczaneden reçetesiz ilaç alanların ortalama aylık geliri, reçetesiz ilaç almayanlara göre anlamlı şekilde düşüktür (Tablo 4). Çalışmamızda reçetesiz ilaç alan grubun ortalama aylık gelirlerinin daha düşük olması bu kişilerin doktor muayenesi ve tedavi masraflarından kaçınarak, kendi kendine tedavi etme girişiminde bulunmayı tercih etmelerinden kaynaklanabilir.

İlaçları zamanında alanların ortalama aylık gelirlerinin diğer gruplara göre yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 4). Yine rahatsızlık durumunda ilk olarak doktora gidenlerin aylık gelirlerinin diğer gruplardan önemli düzeyde yüksek olduğu da saptanmıştır (Tablo 4). Bu sonuçlar gelir düzeyi arttıkça akılcı ilaç kullanımı davranışının olumlu yönde etkilendiğini göstermektedir. Bu durumun asıl nedeni eğitim düzeyinin artışına paralel olarak ortalama aylık gelirin artışı olabilir. Yapılan Kendall Sıra korelasyonu analizinde ortalama aylık gelir ile eğitim düzeyi arasında pozitif yönde bir korelasyon belirlenmesi bu fikrimizi destekler niteliktedir ($p< 0.001$, $r = 0.365$).

Çalışmamızda ilaçların son kullanım tarihine dikkat eden erkek katılımcı oranı % 49.6, bayan katılımcı oranı ise %53 olup aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir (Tablo 5 A). Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise erkeklerin % 33.8'inin, kadınların ise % 20.7'sini ilaçların son kullanım tarihine dikkat etmedikleri ve aradaki farkın önemli olduğu saptanmıştır (92).

Her iki çalışmada da kadınların son kullanım tarihine dikkat etme oranının erkeklerden yüksek olması benzer bulgulardır. Bunun nedenlerine yönelik daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların % 34.8'inin ilacı önerilen dozda almadıkları saptanmıştır (Tablo 5 A). Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bu oranı %28.6 olarak belirlenmiştir (92). Farklılığın Özkan ve arkadaşlarının çalışmasının toplum temelli olmayıp, üçüncü basamağa baş vuranlarda yapılmış olması ve bu çalışmanın sosyoekonomik düzeyi daha iyi olan Ankara ilinde yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda başkalarının tavsiyesi ile erkeklerin % 70.5'i ve kadınların %74'ünün her zaman veya bazen ilaç kullandıkları belirlenmiştir(Tablo 5 B). Özkan ve

arkadaşlarının yaptıkları çalışmada başkalarının tavsiyesi ile ilaç kullanan erkek oranını % 28.6, kadın oranını ise % 21.6 olarak belirlemiştir (92). Bu çalışma sonuçları ile bulgularımızın farklılığı çalışma bölgelerinin sosyoekonomik faktörlerle ilgili olabileceği gibi aynı zamanda Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında başkalarının tavsiyesi ile bazen ilaç kullanma seçeneğinin olmayışı da farklılığın önemli bir nedeni olabilir.

Çalışmamıza başkalarına her zaman ve bazen ilaç tavsiye eden erkeklerin oranı % 70.1 iken, kadınlar için bu oran % 76.3 olarak belirlenmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı görülmüştür (Tablo 5 A, $p > 0.05$).

Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada erkeklerin % 23.7'sinin ve kadınların % 21.1'inin başkalarına ilaç tavsiye ettikleri ve aradaki farkın önemli olmadığı saptanmıştır. Çalışma sonuçlarımız ile Özkan'ın yaptığı çalışma sonuçları arasındaki önemli farkın, sosyoekonomik düzey farklılığı yanı sıra, Özkan'ın çalışmasında başkalarına bazen tavsiye etme seçeneğinin bulunmayışı da diğer bir etken olabilir Erkek katılımcıların % 76.5'i, kadın katılımcıların ise % 79.7'si eczaneden reçetesiz ilaç aldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 5 B). Bulgularımıza benzer şekilde yurt dışında yapılmış çalışmalarda da kadınların daha yüksek oranda reçetesiz ilaç kullandıkları saptanmıştır (105-107) .

Çalışmamızda 20-39 yaş grubunun % 69.6'sı ilacı önerilen dozda kullanırken, 60 ve üzeri yaş grubunda bu oran % 53.6 olarak bulunmuş ve farklılığın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır (Tablo 6 A, $p > 0.05$). Bulgularımıza paralel olarak Güngörmüş'ün yaptığı çalışmada da yaş ile birlikte ilacı önerilen dozda kullanma davranışının azaldığı belirlenmiştir (29).

Özkan ve arkadaşları 20-39 yaş grubunun % 29.6'sının önerilen ilaç dozuna uymadığı, 60 ve üzeri yaş grubunda ise bu oranın %28.3 olduğu ve ilacı önerilen dozda alma durumu ile yaş grupları arasında ilişki olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Çalışmamızda ve yine Erzurum'da yapılan diğer çalışmada ilacı önerilen dozda kullanma oranının yaşla birlikte azaldığı, oysa Özkan'ın çalışmasında ise tüm yaş gruplarının benzer oranlarda önerilen doza riayet ettikleri saptanmıştır. Bu farklılığının nedeni çalışma bölgelerinin eğitim düzeyi başta olmak üzere, kültürel farklılıktan

kaynaklanabilir. Ayrıca her iki çalışmada da yaş grupları ile önerilen dozda ilaç alma durumu arasında ilişki olmaması benzer bulgulardır.

Gerek ülkemizde, gerekse yurt dışında yapılan çeşitli çalışmalarda yaşlı grubun, ilacı hekimin önerdiği dozda kullanmama oranlarının diğer yaş gruplarından fazla olduğu belirlenmiştir (7,39,108-112). Bu nedenle özellikle yaşlı gruba yönelik tedavi uyumunu arttıracak bir uygulama olarak günde bir defalık doz şeklinde kullanılan ilaçların üretilmesine yönelik çalışmalara hız verilmiştir (39,112).

Çalışmamızda ilacın son kullanma tarihine dikkate etmeyenlerin oranı 20-39 yaş grubunda % 39.9 iken, 60 ve üzeri yaş grubunda % 75.0 olarak bulunmuş ve yaş gruplarına göre ilacın son kullanma tarihine dikkat etme oranları arasında önemli fark olduğu saptanmıştır (Tabla 6 A, $p < 0.001$).

Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 20-39 yaş grubunun % 29.5'i ilacın son kullanma tarihine dikkat etmezken, 60 ve üzeri grupta bu oran % 34.2 olup yaş gruplarına göre ilacın son kullanma tarihine dikkat etme oranları arasında fark olduğu saptanmıştır (92, $p < 0.05$). Her iki çalışmada da en fazla oranda 60 ve üzeri yaş grubunun son kullanma tarihine dikkat etmemesi ve yaş gruplarına göre ilacın son kullanım tarihine dikkat etme oranları arasında önemli fark olması benzer bulgulardır.

Çalışmamızda 20-39 yaş grubunun % 66.7'si başkalarına ilaç verdiklerini belirtmiş, 60 ve üzeri yaş grubunda bu oranın % 87.5'e çıktığı ve aradaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir (Tablo 6 B, $p < 0.05$). Bulgularımıza benzer şekilde Güngörmüş'ün yaptığı çalışmada da 20-35 yaş grubundaki kişilerin % 44.0 oranında başkalarına kullanması için ilaç verdiği ve 50 yaş ve üzeri grupta ise bu oran % 54.0 olarak bulunmuştur (29).

Çalışmamızda okur - yazar olmayan grubun % 28.0'ı ilacı önerilen sıklıkta kullanmadıklarını belirtirken, orta – yükseköğrenim grubunda bu oran % 18.8 olarak bulunmuş (Tablo 7A) ve aradaki farkın önemli olduğu tespit edilmiştir. Çavdaroğlu ve Güngörmüş'ün yapmış olduğu iki farklı çalışmada da bulgularımıza benzer şekilde eğitim düzeyi yükseldikçe ilacı önerilen sıklıkta kullanma ilkesine daha fazla oranda riayet edildiği saptanmıştır (29,43).

Çalışmamızda okur - yazar olmayanların % 41.9' u ilacı önerilen dozda kullanmazken, orta - yükseköğrenime sahip olanlarda bu oran % 21.5 olarak bulunmuş (Tablo 7A) ve aradaki farkın önemli olduğu bulunmuştur ($p < 0.001$). Güngörmüş'ün yaptığı çalışmada da ilkokul mezunu olmayan grubun, yükseköğrenim mezunu olan gruba göre ilacı önerilen dozda kullanma oranlarının önemli düzeyde düşük olduğu saptanmıştır (29).

Çalışmamızda okur yazar olmayan grubun ilacı aç veya tok alma önerisine uymama oranı, orta – yükseköğrenime sahip olanlara göre yaklaşık 4 kat daha fazla olup aradaki farkın önemli olduğu tespit edilmiştir (Tablo 7A, $p < 0.001$). Güngörmüş'ün Erzurum'da yaptığı çalışmada da ilaçları kullanırken açlık tokluk ilkesine uyma oranının eğitim düzeyi ile birlikte arttığı ve aradaki farkın önemli olduğu ($p<0.001$) saptanmıştır (29). Göngörmüş'ün çalışma sonuçları ile bulgularımız benzer olup beklenen bir sonuçtur.

Çalışmamızda orta – yükseköğrenime sahip olanların ilacın son kullanma tarihine dikkat etme oranı, okur - yazar olmayanların son kullanma tarihine dikkat etme oranının yaklaşık dört katı olup (Tablo 7 A) ve aradaki farkın önemli olduğu tespit edilmiştir ($p < 0.001$).

Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, okur–yazar olmayanların %55.2'sinin kullanılan ilacın kullanma tarihine dikkat etmedikleri, orta–yükseköğrenime sahip olanlarda ise bu oranın %27.1 olduğu ve aradaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir (92, $p < 0.05$). Eğitim düzeyi yükseldikçe son kullanma tarihine dikkat etme oranlarının her iki çalışmada da artması benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda okur – yazar olmayanların % 80.6'sı orta – yükseköğrenime sahip olanların % 58.1'i başkalarına ilaç tavsiye ettikleri (Tablo 7 A) ve aradaki farkın önemli olduğu saptanmıştır ($p < 0.001$). Özkan ve arkadaşları okur – yazar olmayanların % 44.8'inin, orta – yükseköğrenime sahip olanların ise % 21.9'unun başkalarına ilaç tavsiye ettiklerini ve ardaki farkın önemli olduğunu saptamışlardır (92). Her iki çalışmada da orta – yükseköğrenime sahip olanların yanlış bir davranış şekli olan başkalarına ilaç tavsiye etme oranının önemli düzeyde düşüklüğü benzer bulgular olarak göze çarpmaktadır.

Çalışmamızda başkalarının tavsiyesi ile ilaç kullanma oranı okur – yazar olmayan grupta % 81.6'iken, orta – yükseköğrenime sahip olanlarda % 57.0 olup (Tablo 7 B) aradaki farkın önemli olduğu belirlenmiştir ($p < 0.001$). Özkan ve arkadaşları okur–yazar olmayanların % 41.4'ünün, orta – yükseköğrenime sahip olanların ise %24.5'inin başkalarının tavsiyesi ile ilaç kullandıklarını ve aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğunu tespit etmişlerdir (92, $p < 0.05$). Çalışma bulgularımıza Özkan'ın çalışma bulguları benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda ortalama aylık gelir arttıkça eczanelerden reçetesiz ilaç alma davranış sıklığının azaldığı ve bu azalmanın önemli düzeyde olduğu (Tablo 8B, $p<0.001$) saptanmıştır. Güngörmüş' ün Erzurum'da yaptığı çalışmada da aylık gelir düzeyi daha düşük olan bireylerin reçetesiz ilaç kullanma oranlarının önemli düzeyde ($p< 0.05$) yüksek olduğu saptanmıştır (29).

Bu iki çalışmada da gelir düzeyi düşük olan grubun daha yüksek oranda reçetesiz ilaç kullanması, bu grubun doktor muayenesi ve tedavi masraflarından kaçınarak kendi kendini tedavi etme (Self Medication) girişiminde bulunmalarından kaynaklanmış olabilir.

Ortalama aylık geliri daha düşük olan grubun yanlış bir davranış biçimi olan eczaneden reçetesiz ilaç alma davranışının daha yüksek oluşu bu grubunu aynı zamanda eğitim düzeyinin düşüklüğünden de kaynaklanabilir. Yapılan Sıra Korelasyon Analizi'nde eğitim düzeyi ile ortalama aylık gelir arasında pozitif yönde korelasyon saptanması bu görüşümüzü destekler niteliktedir ($p< 0.001$, $r = 0.365$).

Çalışmamızda rahatsızlık durumunda gösterilen ilk davranış şekli olarak eczaneden ilaç almayı belirtenlerin oranı % 7. 0 iken (Tablo 9), Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran % 1.0 olarak saptamışlardır (92). Yine çalışmamızda rahatsızlık durumunda ilk olarak komşudan ilaç alanların oranı % 4.5 iken (Tablo 9), Özkan ve arkadaşları bu oranı % 1.5 olarak belirlemiştir.

Çalışmamızda rahatsızlanıldığında evdeki var olan ilacı kullanma oranı % 63.5 iken Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran % 11.6 ve Altıntaş ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise % 6.9 olarak belirlenmiştir (92,102).

Rahatsızlanıldığında ilk olarak doktora başvuru oranı ise çalışmamızda % 25.0 bulunurken, Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında % 69.4 ve Altıntaş ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise % 87.5 olarak tespit edilmiştir (92,102).

Çalışmamızda yanlış bir davranış şekli olan rahatsızlık durumunda gösterilen ilk davranış şekli olarak eczaneden ilaç alma oranı, Özkan ve Altıntaş'ın çalışmalarında saptanan oranın 7 katı olarak bulunmuştur. Yine Özkan ve Altıntaş'ın çalışmalarında saptanan doğru davranış biçimi olan rahatsızlık durumunda ilk olarak doktora başvuru oranı, çalışmamızdan oldukça yüksek olarak tespit edilmiştir. Farklılığın her iki çalışma bölgesinin de sosyoekonomik düzey açısından çalışma bölgemizden daha gelişmiş olmasından ve Özkan'ın çalışmasının toplum temelli olmayıp üçüncü basamağa başvuranlarda yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Antalya'da yapılan bir çalışmada rahatsızlık durumunda sağlık ocağına başvurmadan ilaç kullanma oranı % 43.5 olarak belirlenmiştir (109). Hekime danışmadan ilaç kullanımı değişik yaş gruplarında araştırılmış, Ankara Üniversitesinde öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada bu hız % 90.2 , geriatrik yaş grubunda ise % 14.4 olarak saptanmıştır (110,111). Bireylerin hasta olduklarındaki tutumları; sağlığı algılamaları, sağlık bilgi düzeyleri, öğrenim durumları, sağlık kurumlarından beklentileri gibi bir çok faktörden etkilenmektedir. Bu nedenle değişik bölgelerde farklı sonuçlar ortaya çıkmaktadır (92).

Çalışmamızda 20-39 yaş grubunun rahatsızlık durumunda ilk olarak ede var olan ilacı kullanma oranı % 62.3 iken, 60 yaş ve üzeri grupta bu oran % 77.8 olarak bulunmuş (Tablo 9) ve yaş grupları ile rahatsızlık durumunda gösterilen ilk davranış şekli arasında önemli bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$).

Özkan ve arkadaşları da bulgularımıza benzer şekilde 20-39 yaş grubunun rahatsızlık durumunda evde var olan ilaç kullanma oranını % 10.8 olarak saptarken, 60 yaş ve üzeri grupta bu oranı % 11.1 olarak belirlenmiş ve yaş grupları ile rahatsızlık durumunda gösterilen davranış şekli arasında ilişki saptanmamıştır (92).

Çalışmamızda rahatsızlık durumunda evde var olan ilacı kullanma oranı 60 yaş ve üzeri grupta diğer yaş gruplarına göre daha fazla iken, Özkan ve arkadaşlarının

çalışmasında ise tüm yaş gruplarının yaklaşık olarak eşit oranda evde var olan ilacı kullandıkları saptanmıştır. Farklılığın çalışma bölgelerindeki sosyoekonomik ve kültürel farklığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak her iki çalışmada da yaş grupları ile rahatsızlık durumunda gösterilen davranış şekli arasında ilişki saptanmaması benzerdir.

Katılımcıların eğitim düzeyi dikkate alınarak rahatsızlık durumunda ilk olarak yaptıkları davranışları değerlendirildiğinde, okur-yazar olmayan ve ilköğretim mezunu grubunda evde var olan ilacı kullanmanın daha yüksek oranlarda olduğu belirlenmiştir (Tablo 10). Ayrıca eğitim düzeyi ile rahatsızlık durumunda gösterilen ilk davranış şekli arasında ilişki saptanmıştır. ($p < 0.001$).

Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında da bulgularımıza benzer olarak rahatsızlık durumunda okur yazar olmayanların evde var olan ilacı kullanma oranının, orta – yüksek öğrenime sahip olanlardan daha yüksek olduğu saptanmış ve eğitim düzeyi ile rahatsızlanıldığında gösterilen davranış şekli arasında ilişki saptanmıştır (92, $p < 0.05$).

Orta ve yüksek öğrenim mezun grubunun rahatsızlık durumunda ilk olarak doktora gitme davranış sıklığı, okur-yazar olmayanların iki katı olarak bulunmuştur. Özkan ve arkadaşlarının çalışmasında ise okur – yazar olmayanların % 55.3'ü, orta – yükseköğrenime sahip olanların ise % 70.7'si rahatsızlıklarında ilk olarak doktora başvurdukları saptanmıştır. Her iki çalışmada bulgular benzerdir.

Ağrı kesiciler ve antibiyotikleri her hastalığı tedavi edip etmeyeceği konusunda yöneltilen soruya doğru yanıt verme yüzdesinin yaşla birlikte önemli düzeyde azaldığı belirlenmiştir (Tablo 12, $p < 0.05$). Yine pahalı ilacın daha etkili olup almadığı konusunda yöneltilen soruya doğru yanıt verme yüzdesinin de yaşla birlikte önemli düzeyde azaldığı bulunmuştur (Tablo 12, $p = 0.001$).

Yapılan analizlerde her üç soru için de farklılığın 60 ve üzeri yaş grubundan kaynaklandığı saptanmıştır. 60 yaş ve üzeri grubun ilaç bilgisi oranlarının önemli düzeyde düşük oluşu, bu grubun eğitim seviyelerinin diğer gruplara göre daha düşük olmasından kaynaklanabilir. Nitekim yapılan Kendall Sıra korelasyonu analizinde eğitim düzeyi ile yaş arasında negatif yönde bir korelasyon saptanması bu görüşümüzü destekler niteliktedir ($p< 0.001$, $r = - 0.370$).

SONUÇLAR

- Araştırma kapsamındaki pratisyen hekimlerin yaklaşık olarak yarısının, günlük ortalama muayene ettikleri hasta sayılarının 60 ve üzeri olduğu tespit edilmiştir.
- Pratisyen hekimlerin yarısından fazlasının ortalama muayene süresi 10 dakikanın altındadır.
- Hekimlerin 1/4' ünün mezuniyet sonrası ilaçlarla ilgili herhangi bir eğitime katılmadıkları saptanmıştır.
- Mezuniyet sonrası ilaçlar ile ilgili alınan eğitimin en sık kaynağı ilaç firmaları olarak belirlenmiştir.
- İlaç etkileşimleri, biyoyararlanım, biyoeşdeğerlilik ve ilacın fiyatı hakkında bilgilerini yeterli gören hekim oranı oldukça düşüktür.
- Hekimlerin reçete yazımını şekillendiren en önemli faktörün mezuniyet sonrası kendi kendine okuma olduğu belirlenmiştir.
- Reçete yazımında bir sorunla karşılaşıldığında ilk sırada başvurulan kaynak ilaç rehberleri olmuş ve bilimsel yayınlar alt sıralarda yer almıştır.
- Hekimlerin hemen hepsi hastaların ilaç yazdırma talebinde bulunduklarını belirtmişlerdir.
- Hekimlerden en sık talep edilen ilaçlar, ağrı kesiciler ve antibiyotiklerdir.
- Günde ortalama muayene edilen hasta sayısı arttıkça, hasta başına ayrılan ortalama muayene süresinin önemli düzeyde düştüğü saptanmıştır.
- Mutlaka alınması gerekli olan bazı anamnez bilgilerinin her zaman sorgulanmadığı belirlenmiştir.
- Hastalarına verdiği ilaç bilgisini yeterli gören hekim oranı % 40 'tır.

- Sadece beş hekimden biri hiçbir zaman hasta isteği ile ilaç yazmadığını belirtmiştir.
- Hekimlerin yarısından fazlası ilaç firması temsilcilerinin promosyon çalışmalarından etkilendiklerini belirtmişlerdir.
- 20 yaş ve üzeri kişilerin yaklaşık yarısının aylık gelirinin açlık sınırının altında olduğu bulunmuştur.
- 20 yaş ve üzeri kişilerin büyük kesimi, evlerinde yedek ilaç bulundurmaktadır.
- Eczaneden reçetesiz ilaç alma oranının önemli boyutta olduğunun saptanması toplum sağlığı yönünden önemli sorunların ortaya çıkabileceğini göstermiştir.
- Hastaların temel hakkı olmasına rağmen, çoğu katılımcı reçete edilen ilaçların kullanımı hakkında bilgilendirilmediklerini belirtmiştir.
- Hekimden reçete edilen ilaçların kullanımı hakkında en fazla açıklama istenilen konular; ilacın etkisi ve yan etkisi ile tedavi süresi olmuştur.
- Eczaneden reçetesiz ilaç alanların ortalama aylık geliri, reçetesiz ilaç almayanlara göre önemli düzeyde düşüktür.
- İlaçları zamanında eczaneden alanların ortalama aylık gelirleri, zamanında almayanlara göre önemli düzeyde yüksektir.
- 20 yaş ve üzeri kişilerin önemli bir kesimi rahatsızlık durumunda doktora gitme yerine, yanlış davranış biçimlerini uygulamaktadır. Rahatsızlandıklarında ilk olarak doktora giden katılımcı oranı sadece 1/4' tür.
- Katılımcıları 1/3' ü ilacı hekimin önerdiği dozda almamaktadır.
- 20 yaş ve üzeri kişilerin çoğunluğu her zaman veya bazen başkalarının tavsiyesi ile ilaç kullanmaktadır.
- 20 yaş ve üzeri kişilerin büyük çoğunluğu başkalarına her zaman veya bazen ilaç tavsiye etmektedir.

- İlacın son kullanma tarihine dikkat etme yüzdesinin, yaşla birlikte önemli düzeyde azaldığı saptanmıştır.

- Katılımcıların çoğunluğu başkalarına ilaç vermektedir. Başkalarına ilaç verme yüzdesinin, yaşla birlikte önemli düzeyde arttığı saptanmıştır.

- Eğitim düzeyi arttıkça katılımcıların ilaç kullanım davranışları, olumlu yönde ve önemli düzeyde etkilenmektedir.

- Ortalama aylık gelir arttıkça katılımcıların ilaç kullanım davranışları, olumlu yönde ve önemli düzeyde etkilenmektedir.

ÖNERİLER

- Sağlık İl Müdürlükleri tarafından, bölgenin nüfus yoğunluğu ve poliklinik sayıları tespit edilerek, hekim sayısının uygun bir şekilde düzenlenmesi, günlük poliklinik yoğunluğunun azaltılmasına yardımcı olabilir.

- Her hasta muayenesine en az 10 dakika zaman ayırma gerekliliği, akılcı ilaç kullanımı konusunda düzenlenebilecek olan eğitim programlarında vurgulanmalıdır.

- Mezuniyet sonrası Sağlık Müdürlükleri ve Üniversiteler tarafından düzenlenen ilaçlarla ilgili herhangi bir eğitim almayan pratisyen hekimlere yönelik eğitim programları düzenlenmelidir.

- Mezuniyet sonrası ilaçlarla ilgili alınan eğitimin kaynağı olarak ilk sırada ilaç firmalarının saptanması, objektif bilgiye ulaşma adına mezuniyet sonrası önemli bir hizmet açığının olduğunu göstermektedir. Bu yüzden Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerin işbirliği halinde olup, akılcı ilaç kullanımı konusunda etkinlikler göstermesi gerekmektedir.

- DSÖ tarafından akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yapılan tanımın, tüm komponentlerini içerecek şekilde, hekimlerin mezuniyet sonrası eğitimleri ve bilgilerinin güncellenmesi amacı ile Sağlık Bakanlığı Tarafından "Temel Hastalıklar Tanı ve Tedavi Rehberleri" ve "İlaç Rehberleri" hazırlanarak tüm hekimlere ücretsiz ulaştırılmalıdır.

- Hekimlerin akılcı ilaç kullanımın çoğu bileşenleri konusunda, bilgi düzeylerini yetersiz görmeleri, ülkemizde mezuniyet öncesi ve sonrasında bu konuda ciddi sorunların olduğunu ortaya koymaktadır.

- Mezuniyet öncesinde tıp fakültesi öğrencilerinin ilaçlar ile ilgili objektif değerlendirme yapabilmelerini sağlamak amacı ile tanıtım broşürlerinin grup çalışmaları içerisinde interaktif olarak irdelenmesi sağlanmalıdır.

- Tıp fakültesi öğrencilerine eğitimleri esnasında Türkiye'deki reçeteleme uygulamaları ve ilaç mevzuatı hakkında bilgi verilmeli, akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yapılan araştırmalardan elde edilen bu sonuçlar eğitimin kapsamı içerisine alınmalı, öğrenciler ilaç-ilaç etkileşimi, polifarmasi ve ilaç yan etkilerinin izlenmesi konusunda özellikle bilgilendirilmelidir.

- Hekimlerin reçeteleme davranışları tartışmaya ve eleştiriye açık hale getirilip, reçeteleme davranışları konusunda izlenerek ve belirli sürelerde geri bildirimler verilerek, uygunsuz reçeteleme konusunda bilgilendirilmelidir. Ayrıca reçeteleme davranışlarında hekimlerinde görüşleri alınmalı ve karar mekanizmasına katılmaları sağlanmalıdır.

- Reçete yazımını şekillendiren faktörler içerisinde farmakoloji dersleri ve klinik stajlarda görülen reçetelerin alt sıralarda yer alması; tıp fakültelerinde temel eğitimin bir parçası olan genel farmakoloji dersleri içerisine akılcı ilaç kullanımına yönelik klinik farmakoloji konularına yer verilmesi ve bu eğitimlerin klinik stajlar ile uyum içinde yürütülmesi gereğini ortaya koymaktadır.

- Hekimlerin ilaçlar ile ilgili sürekli eğitimlerinde, ilaç şirketlerinden bağımsız bilgi kaynakları oluşturulmalıdır. Bu kaynaklar düzenli aralıklarla ve sürekli güncellenerek hekimlere ulaştırılmalıdır.

- Hekimlerin reçete yazımı ile ilgili bir sorunla karşılaştıklarında, ilaç firması tanıtım çalışmalarına başvurmaları hekimlerin akılcı ilaç kullanım sorumluluklarını olumsuz yönde etkileyebilir. Bu yüzden hekimlerin objektif bilgiye ulaşabilmesi için ülkemizde mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim gözden geçirilmelidir.

- İlaç şirketlerinin promosyon çalışmaları sınırlandırılmalı ve bu konudaki harcamalar disiplin ve kontrol altına alınmalıdır.

- Reçete yazıp, tedaviye başlama sürecinde başarılı olabilmek için; anamnez bilgisi anahtar rol oynamaktadır. Özellikle akılcı ilaç kullanım sürecide uygun ve yeterli anamnez bilgisi almanın önemi pratisyen hekimlere vurgulanmalıdır.

- Pratisyen hekimlerin önemli bir kesiminin verdiği ilaç bilgisini yeterli görmemesi, bu konunun nedenlerine yönelik daha kapsamlı çalışmaların yapılması gereğini ortaya koymaktadır.

- Hekimlerin çok büyük kesiminin hasta isteği ile ilaç yazdıklarını belirtmeleri reçeteleme ve tedavi sürecinde kontrolün hekimde değil de hastada olduğunu göstermektedir. Bu durum yan etkiler ve ilaç etkileşimleri ile sonuçlanabileceği gibi ölümlere bile neden olabilir. Bu yüzden hem etik, hem de yasal olmayan bu uygulama için gerekli önlem alınmalı ve yaptırımlar uygulanmalıdır.

- İlaç kullanımını ve ilaçların istenmeyen etkilerinin düzenli olarak izlenmesi amacıyla ilaç kullanım veri tabanları oluşturulmalıdır.

- Ülkemizde yasal olarak çoğu ilaçlar reçetesiz olarak alınamamasına rağmen pratikte bu konuda sorunlar yaşanması, denetim mekanizmasının daha iyi çalıştırılması gereğini ortaya koymaktadır.

- Hastaların özellikle istenmeyen ilaç etkileşiminden korunabilmesi için reçetesiz ilaç kullanımının önüne geçilerek, insanların bu konuda bilgilendirilmeleri ve yine hekim ,hemşire ve eczacının birbirleriyle bilgi alışverişinde bulunması ve bütün sağlık ekibinin üzerine düşen görevleri yerine getirmesi, bu problemin çözümlenmesinde faydalı olabilir.

- Reçetesiz ilaç satışı belli ilaçlar ile sınırlandırılmalı ve sıkı denetim altında tutulmalı, reçetesiz ilaç satışı ve ilaç reklamlarına izin verilmemelidir.

- Halkın eğitimlerinin sağlanması için 1. basamak sağlık merkezlerinde akılcı ilaç kullanım programları oluşturulmalıdır.

- Toplumun her rahatsızlandıklarında hekime ve bir sağlık kuruluşuna rahatlıkla ulaşabilecekleri ve hekim tarafından verilen tedaviye rahatlıkla ulaşabilme güvencesi oluşturularak, evde ilaç saklama ilaç, tavsiye etme ve tavsiye ile ilaç kullanma, başkaları ile ilaç alıp-verme alışkanlıklarından uzaklaştırılması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kayaalp O. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji 9. Baskı, Cilt 1, Ankara, 2000; 1-199
2. Erden F. Akılcı İlaç Kullanımı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 1997, 6(1): 10-12
3. Yalçın M, Bardak M. TC Sağlık Bakanlığı İstatistikleri: Yayın No: 599. AÇSAP Genel Müd. Basımevi, Ankara, 1995: 99-101
4. Banoğlu N. Bilinçli İlaç Kullanımı Arhavililer 1996; (1): 18-20
5. Kayaalp O. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji Oktay S. Rasyonel İlaç Kullanımı 9. Baskı, Cilt 2, Ankara, 2001: 1659-63
6. Guide to Good Prescriping.WHO/DAP/94.11. Geneva, 1994: 33-62
7. Fadıloğlu Ç, Yılmaz D, Yürekli A. Toplumda Analjezik Antibiyotik ve Trankilizan Grubu İlaçların Kullanımlarının ve Bu Konudaki Bilgilerin Saptanması Ege Üniversitesi Dergisi 1989; (5): 1-10
8. Kocabaşoğlu E. Türkiye'de İlaç Kullanımı Üzerine Bazı Rakamlar. Sağlık Bakanlığı Eczacılık Genel Müdürlüğü, Ankara, 2002: 1-3
9. İlaca Yılda 2,5 Milyar Dolar . Güncel Eczacılık Dergisi 2001; (90) : 8
10. Erdem Y, Karaaslan Y, Dilmen U. Ankara'nın Bir Bölgesinde Evlerdeki Fazla İlaçlar Üzerin Bir Çalışma. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12: 171-174
11. Bodur S, Güler S, Demireli O, Doğan N. Konya'da Evlerdeki Fazla İlaçlar Üzerine Bir Çalışma. İlaç ve Tedavi Dergisi 1996; (9): 619-622
12. Türker K, Kılıçturgay K. Türkiye'de Hatalı İlaç Kullanımını Aksettiren Retrospektif Bir Araştırma. Ankara Tıp Bülteni 1982; 4: 97-108
13. Işık S. Akılcı İlaç Kullanımı Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 1996; (3-4): 8-9
14. Şemin Ş. Sosyal ve Ekonomik Yönleri İle İlaç, TTB Yayınları, Ankara, 1998 : 1-9
15. Mollahaliloğlu S, Tezcan S. Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarından Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Diyarbakır, 2002 : 517-519

16. Anderson M. Lexchin J. Strotegies for İmproving Prescribing Practice Canadian Medical Association Journals 1996:154

17. Öztek Z. Temel Sağlık Hizmetleri 2. Baskı. Hacettepe Halk sağlığı Vakfı. Ankara, 1992: 45

18. Mollahaliloğlu S. Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarında Yazılan Reçetelerin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2000

19. Türkiye'de İlaç Tüketimi. İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, 2004: 18

20. Şemin S. Toplum Sağlığı Açısından İlacın Öteki Yüzü. Toplum ve Hekim. 1993: 56; 42-62

21. Bertan M, Çağatay Güler. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Güneş Kitabevi Ltd. Şti. Ankara. 1995: 2-9

22. Çelik S. Jenerik ve Özgün İlaç: Biyoyararlanım Çalışmaları ve Biyoeşdeğerlilik. Toplum ve Hekim. 2004; 19 (6) : 431-36

23. Kalyoncu Nİ, Yarış E. Akılcı İlaç Kullanımında Hekim Sorumluluğu. Toplum ve Hekim, 2004: 19 (5): 359-363

24. Eşkazan E. Akılcı İlaç Kullanımı. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Akılcı İlaç Kullanımı Sempozyumu, İstanbul, 1999: 9-20

25. Işık S. Akılcı İlaç Kullanımı. Sağlıkta Strateji T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Stratejisi Genel Koordinatörlüğü Yayın Organı. 1997: (13): 11-13

26. Erdem F, Göçmez S. Kanıta Dayalı Tıp ve İlaç Seçimi. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi. 2004: 13 (49); 134-36

27. Çelik S. Reçete ve Uygun İlaç Tedavisi Bölüm 12.3. (In) Bökesay TA, Çakıcı İ, Melli M. Farmakoloji Ders Kitabı. İstanbul, 2001: 648-54

28. TTB Yayınları, Türkiye İçin Temel İlaç Listesi, Ankara, 1995: 3-5

29. Güngörmüş Z. Bilinçsiz ve Reçetesiz İlaç Kullanımı İle Sağlık Sorumluluğu Arasındaki İlişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Yüksek Lisans Tezi. Erzurum, 2001

30. Abacıoğlu N. Sanayi Ürün Boyutuyla İlaç Pazarı ve Uluslararasılaşma. Toplum Ve Hekim. 2004; 19 (6): 404-430

31. Top M, Tarcan M. Türkiye İlaç Ekonomisi ve İlaç Harcamaları. 1998-2003 Dönemi Değerlendirmesi. Liberal Düşünce 2004; 9 (35): 177-200

32. Domaç M. Sosyal Güvenliğin Değişen Çehresi ve SSK 'da İlaç Politikaları. TEB Haberler, Temmuz 1996.

33. Aksoy Ş, Ağırbaş İ, Çakar KS. Biyoeşdeğer İlaç ve Biyoeşdeğer İlaç Kullanımına Yönelik Bir Araştırma. IX. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi.İstanbul, 2004 : 366

34. Dur Y, Türksoy Ü. Bilkent Üniversitesi Sağlık Merkezinde Gereksiz İlaç Tüketimini Önlemeye Yönelik Çalışma. Bilinçsiz İlaç Tüketimi Sempozyumu, İstanbul, 1995: 52

35. Şahin H. Bornava Eğitim Araştırma Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesindeki Sağlık Ocaklarında Çalışan Pratisyen Hekimlerin 'Gerçek Reçeteleme ve Olguya Uygun Reçeteleme ' Davranışlarının değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilim Uzmanlığı Tezi. İzmir, 1999

36. Erdemir Y, Karaaslan Y, Dilmen U. Ankara'nın bir bölgesindeki evlerde fazla ilaçlar üzerine bir çalışma. İlaç ve Tedavi dergisi 1999; (12): 171 – 174

37. Sütlar M. İlaç ve Hasta Hakları Toplum ve Hekim. 2004; 19 (5): 364-68

38. Yarış E. Tezgah Üstü İlaç Satılması ve İlaçla Reklam İlişkisi. Toplum ve Hekim. 2004: 19 (5): 369-372

39. Kaymakçalan Ş. Yaşlılık ve ilaçlar. Türkiye klinikleri 1982; (2): 205-15

40. Sayan A. Çalışan Kadınların Sağlığı Geliştirici Tutum ve Davranışları İle Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Doktora Tezi, Erzurum 1998

41. Esin N. Endüstriyel Alanda Çalışan İşçilerin Sağlık Davranışlarının Saptanması ve Geliştirilmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksekokulu Doktora Tezi, İstanbul, 1997

42. Burton B, Rowell A. Unhealhty Spin. BMJ; 2003; 326: 1205-1207

43. Çavdaroğlu D. Antibiyotik Önerilen 0-6 Yaş Arasındaki Çocuklarda Annelerin İlaç Kullanım İlkelerine Uyma Durumları. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Bilim Uzmanlığı Tezi Ankara, 1990

44. Özçelikay G. Akılcı İlaç Kullanımı Üzerine Bir Pilot Çalışma. Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi, 2001; 30 (2): 9-18

45. Şen A, Akın A. Türk Silahlı Kuvvetleri Uçucularının İlaç Kullanım Tutumları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 2004; 3(9): 213-20

46. Şemin S, Aras Ş. İlaç ve Promosyon. Toplum ve Hekim. 2004: 19 (5): 350-58

47. Chen Mary M. Doctors Drug Comparies and Gifts. Jama, 1989, 262 (1): 24

48. Dana J, Loewenstein GA. Sacial Science Perspective on gifts to physcians From İndustry. JAMA. 2003; 290 (2): 252-255

49. Mollahaliloğlu S, Tezcan S. Ankara İl Merkezinde Bulunan Sağlık Ocaklarında Çalışan Hekimlerin Akılcı İlaç Kullanımı Açısından Değerlendirilmesi. 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Kitabı, Diyarbakır, 2002 : 520-22

50. Lexchin J, Bero J, DDjulbegoviç B, Clark O. Phormacentical İndustry Spansarship and Research Autcome and Guality: Systematic Reulew. BMJ, 2003; (326): 1167 – 70

51. Harton R. Lotionex and The FDA: a Fatal Erasion of İndepnity. Lancet; 2001; May 19; 357: 1544 -45

52. Fisher M. Physician and The Pharmacentical İndustry a Dysfunctional Relationship. Perspective in Biology and Medicine, 2003; 46 (2): 254 – 72

53. Kılıç B., Kulaç E, Simai E ve Ark . Dokuzeylül Üniversitesi Hastanesinde İlaç Tanıtımı Yapan İlaç Firması Temsilcilerinin Özellikleri. Sağlık ve Toplum. 2004: 74-80

54. Sağlık Bakanlığı, Araştırma, Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı 2001, Sağlık İstatistikleri, htlp: // www. Saglik.gov.tr/extra/ istatistikler / apk2001/062. htm Erişim Tarihi (11.08.2003)

55. WHO. Ethical Criteria For Medikal Drug Promotion. 1998. WHO. İnternet Home Page

56. Şemin S. Yanlış Sorulara Aranan Doğru Yanıtlar: İlaç, Promosyon ve Hekimler. Antalya Tabip Odası Yayın Organı, Antalya, 2001; (15): 11-14

57. Şemin S. İlaç Üretiminde Tanıtımında Uyulması Gereken Temel İlkeler. Antalya Tabip Odası Yayın Organ, Antalya, 2001; (15): 17-18

58. Busfield J. The Pharmaceutical İndustry: Globalization And The Pharmacentical İndustriy Revisited. İnt. J. Of Health Service, 2003; 33 (3): 581-605.

59. Hardon A, Hodgkin G, Fresle D.A. How to investigate the use of medicines by consumers.WHO Pres. 2004 : 72

60. Anker M, Brudon- Jakabowicz P, Fresle D.A, Horgerzeil H.V. How to investigate the use in health facilities. (Çeviri), Tiryakioğlu AE. Sağlık Birimlerinde İlaç Kullanımı Nasıl Araştırılır. Ankara, Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı Yayını, 1995 : 35

61. Türkiye'de Açlık ve Yoksulluk Sınırı. Türkiye İşverenler Sendikası. http://www.turkis.org.tr/bolum.php?baslangic=30&kat=12. (Erişim tarihi : 15.06.2005)

62. Northouse PG, Northouse LL. Health communication. Strategies for health professionals. Second Edition. Appleton & Lange. USA,1992

63. Christensen RF. A strategy for the improvement of prescribing and drug use in rural facilities in Uganda. Uganda essential drugs management programme, 1990.

64. Bimo. Field-Testing of Drug Use Indicators of INRUD: Report of a Field Trip to Indonesia, Bangladesh and Nepal, June-July:1999

65. Ofori-Adjei D. Report on Tanzania Field Test. INRUD News. 1992; 3 (1): 9

66. Bimo Report on Nigeria Field Test. . INRUD News. 1992; 3 (1): 9-10

67. Kafle K.K and Members of INRUD Nepal Core Group. INRUD Drug Use Indıcators in Nepal:Practice Patterns in Healt Posts in Four Districts. INRUD News. 1992; 3 (1): 15

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

69. Conrad P, Kern R. The Sociology of Health and İllness. Critical Perspectives. St. Martin's Pres. Newyork. Fourth Edition, 1994: 83-90

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

71. Ghodse N. Khan E. Faktors Influencing Prescriping. Psychoactive Drugs Improving Prescriping Practices. Chapter 3. WHO, Genava, 1988

72. Prosser H.,Almond S., Walley T. Influences on GP's Decision to Prescribe New Drugs-the Importance of Who Says What. Fam Pract. 2003 ; 20 (1): 61-8

73. Akıcı A, Uğurlu MÜ, Gönül N ve ark. Pratisyen Hekimlerin Akılcı ilaç kullanımı Konusunda Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2002; 11(7): 253-6

74. Ben Abdelaziz A, Harrabi I, Rahmani S, Gaha R, Ghannem H. Sousse. Therapie. 2002 Jun; 57 (3): 229-35

75. Cheren M, Landefeld S. Phisysicians Behavior and Their İnteractions with Drug Companies. JAMA. 1994; 217: 684-9

76. Lexchin J. Doctors and Detailers. Theapeutic Education or Pharmaceutical promotion. İnternational Journal of Health Services. 1989;19(4):663-80

77. Bannenberg W. J.,Forshaw C.J.,Fresle D.,Salami A. O.,Wahap H. A.Evaluation of the Nile Province Esantial Drugs Project. Genava: World Health Organization, WHO/DAP/91.10. 1991

78. Gelders S.F, A.M. Malawi Essential Drugs Programme Drug Use Indicator Survey 1991. Genava: WHO Action Programme on Essential Drugs 1992.

79. Laing RO. Rational drug use: an unsolved problem. Trop Doct 1990; 20: 101 –103

80. Hogerzeil HV, Walker GJA, Sallami AO, Fernando G. Impact of essential drugs programme on availability and rational use of drugs. Lancet 1989; (1): 141-142

81. Hasta Hakları Yönetmeliği 15. madde. Resmi Gazete 1.08.1998, Sayı: 23420

82. Whiteway DE. Physicians and The Pharmaceutical industry: a Growing Embarrassment and Liability. Wisconsin Medical Journal 2001; 100(9): 39-44

83. Denig P ,Haaijer-Ruskamp FM. Do Physicians Take Cost in to Account When Making Prescriping Decisions ? Pharmaco Economics 1995; 8(4): 282-90.

84. Jones MI, Greenfield SM, Bradley CP. Prescribing new drugs: qualitative study of influences on consultant and general practitioners. BMJ 2001; 323 : 78

85. Allery LA, Owen PA, Robling MR. Why general practitioners and consultants change their clinical pactice: a critical incident study. BMJ 1997; 314: 870-74

86. Tomlin Z, Humphrey C, Rogers S. General practitioners' perceptions of effective healthcare. BMJ 1999; 318: 1532-35

87. Barrie AR, Ward AM. Questioning behaviour in general practice: a pragmatic study. BMJ 1997; 315: 1512-15

88. Coyle SL. Ethics and Human Rights Committee, American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Physcians-industry relations. Annals of Internal Medicine. 2002; 136 (5): 396-406

89. Blumenthal D. Doctors and Drug Companies. New England Journal of Medicine. 2004; 357 (18):1885

90. Zencir M, Acar K, Özşahin A. Tıbbi temsilcilerin hekimlerle olan ilişkilerindeki etik sorunlar. 1. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiriler Kitabı. Kocaeli, 1999: 89-92.

91. Özdemir A.İ, Altıparmak A. Sosyoekonomik Göstergeler Açısından İllerin Gelişmişlik Düzeyinin Karşılaştırılmalı Analizi.Erciyes Üniversitesi.İktisadi ve İdari Bilimler Fak. Dergisi. 2005; 24 (1): 97-110

92. Özkan S, Özbay OD, Aksakal FN ve ark. Bir Üniversite Hastanesine Başvuran Hastaların Hasta Olduklarındaki Tutumları ve İlaç Kullanım Alışkanlıkları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 2005; 4(5): 223-37

93. Dönmez L,Yüzgül N, Anaç C.C, Ödemiş Y, Özel F. Antalya Merkez 6 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki Hanelerde Kullanılmayan İlaçların Durumu. 8.Halk Sağlığı Günleri. Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Bildiri Özetleri. Sivas, 2003 : 60

94. Balcı E, Gün I, Öztürk Y. Kayseri'de 7 Sağlık Ocağı Bölgesinde Halkın Ağrı Kesici Bulundurma ve Kullanım Özellikleri. 8. Halk Sağlığı Günleri. Halk Sağlığı ve Sosyal Bilimler Bildiri Özetleri. Sivas, 2003 : 60

95. Önder E, Koçia O, Öztürk S, ve ark. Yunus Emre Sağlık Ocağı Bölgesinde Yaşayan 18 Yaş ve Üstü Bireylerin Ağrı Kesici Kullanımı ve Bu Konudaki Bazı Bilgilerin Saptanması. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni. 2002; 23 :1

96. Yousif M.A. In-home drug storage and utilization habits: a Sudanese study.East Mediterr Health J. 2002; 8 (2-3): 422-31

97. Ergül F.,Karaaslan Y., Dilmen U. Ankara'nın bir Bölgesinde Evlerdeki Fazla ilaçlar üzerine bir Çalışma. İlaç ve Tedavi Dergisi 1999; 12:171-174

98. Gül H, Omurtag G, Önal AE ve ark. İstanbul'da Reçeteli –Reçetesiz İlaç Tüketimi ve Etkileyen Faktörler. 9.Ulusal Halk Sağlığı Günleri GATA, Ankara, 2005: 445

99. Balık İ. Gripte Antibiyotik Kullanmayın. www.ntvmsbc.com/news/342378.asp (Erişim Tarihi 21.03.2006)

100. Irshaid YM, Al-Homrany MA, Hamdi AA, Adjepon-Yamoah KK, Mahfouz A. A pharmacoepidemiological study of prescription pattern in outpatient clinics in Southwestern Saudi Arabia. Saudi Medical Journal. 2004 (12): 1864-70

101. Gholamreza-Sepehri, Meimandi MS. The quality of prescribing in general practice Kerman, Iran. Int J Health Care Qual Asur Inc Leadersh Healt Serv. 2005;18 (4-5): 353-60

102. Altıntaş H, Beyhun E, Tezcan ME ve ark. Batıkent-2 nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki Basın-İş 19 Sitesinde Yaşayan 15 yaş ve Üstü Bireylerin Akılcı (Rasyonel) İlaç Kullanımlarının Saptanması. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi, 2002; 22 (2): 65-79

103. Ağalar F, Çakmakçı M, Yorgancı K, Ergör G, Sayek İ. Hasta Memnuniyeti – Aydınlatılma ve Aydınlatılmış Onam Sorunu. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni.1996; (3-4) :11-13

104. Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu MÜ ve ark. Pratisyen Hekimlerin Yaşlılarda Akılcı İlaç Kullanımı Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi. Geriatri 2001; 4(3): 100-105

105. Helling D.K, Lemke J.H, Selma T.P, Wallance R.B.,Lipson D. P.,Cornoni-Huntley J.Medication use characterisyics in elderly:the lowa 65+ Rural Health Study. J Am Geriatr Soc. 1987; 35 :4-12

106. Simons L.A.,Tett S.,Simons J.,Launcland R.,McCallum J.,Friedlander Y.,Powell I.,Multiple medication use in the eldery.Use of prescription and non prescription drugs in an Australian community setting.Med J Aust 1992; 17: 242-46

107. Fillanbaum G.G, Hanlon J.T, Corder E.H, Page T.Z, Wall W.E, Brock D. Prescription and non prescription drug use among black and white communty-residing eldery. Am J Public Health.1993; 83: 1577-182

108. Conlon F.M. Drug abuse posing healt crisis-NIDA. Drug Topics. 2001;145: 58-59

109. Aktekin M, Erengin KH. Sağlık Ocağı Polikliniğine Başvuru Öncesi İlaç Kullanımı. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Araştırma Özetleri. Cilt 1, Antalya, 1994. Akdeniz Üniversitesi Yayın No: 57

110. Özçelikay G, Asil E, Köse K. Ankara Üniversitesi Öğrencilerinin Doktora Gitme ve Doktora Başvurmadan İlaç Kullanma Alışkanlıkları Üzerine bir Çalışma. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi. 1995; 24(1): 21-31

111. Esengen Ş, Seçkin Ü, Borman P ve ark. Huzurevinde Yaşayan Bir Gurup Yaşlıda Fonksiyonel-Kognitif değerlendirme ve İlaç Kullanımı. Geriatri. 2000; 3(1): 6-10

112. Arslan Ş, Atalay A, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda ilaç tüketimi. Geriatri. 2000; 3 (2): 56-60